Rok XXVI. Kraków, 26 Lutego 1887. Nr. 9.

Redakcyja:
Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: **prof. Dr. L. Blumenstok.**

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi.

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

O resekcyi kiszki stolcowéj z powodu jéj wypadnięcia.

Podał
Dr. Czesław Górski,
operator w téjże klinice.

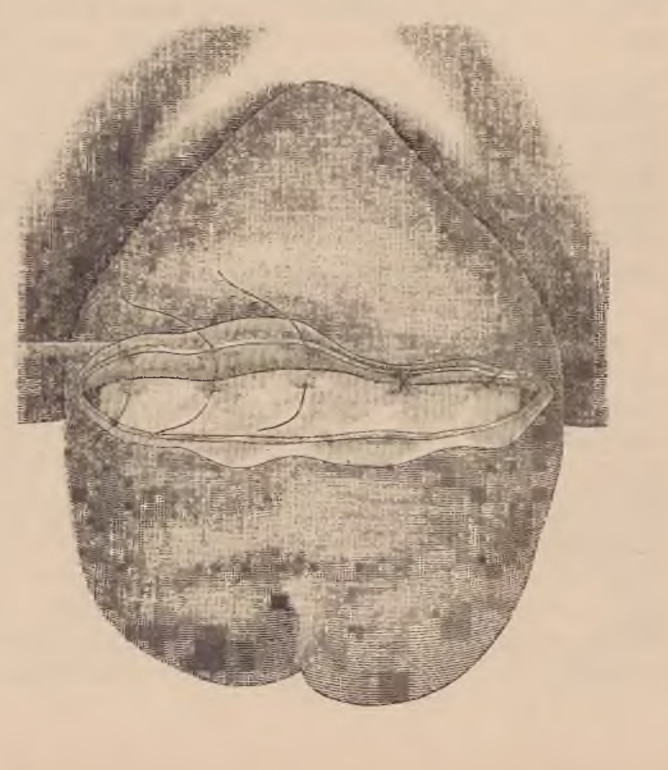
(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

4. Przypadek z kliniki prof. Billrotha według otrzymanéj historyi choroby:

Mateusz N., lat 45 liczący, wyrobnik z Bockfliess w Austryi dolnéj. Przed 20 laty przebył dur, przed 15 doznał złamania podudzia skutkiem przejechania. Jak dawno zapamięta przy każdym stolcu wydobywał się dolny odcinek kiszki, który zawsze sam się cofał. W 20ym roku życia część wypadająca była już 20cm. długa, mimo to stan ten nie przeszkadzał mu w ciężkiéj pracy. Zdaje się, że cierpienie jest dziedziczne w rodzinie, cierpiał nań jego ojciec, a również i czteroletni syn jest niém dotknięty. Przed 8 laty zdarzyło się, że po wypróżnieniu chory nie mógł odprowadzić wypadniętego kawałka i dopiero po kilku godzinach udało się to drugiéj osobie. Kał był zawsze wolny, a chory miewał wypróżnienie raz lub dwa razy dziennie. Przed dwoma dniami, t. j. 21/11 1884 r., chory nie mógł, jak zwykle, odprowadzić wypadniętéj części, a ponieważ w pobliżu nie było pomocy, przeto udał się do dworca kolei odległego o pół mili, Deutsch Wagram, gdzie robił zimne okłady. Wezwany dnia następnego lekarz próbował repozycyi, a gdy ona nie odniosła skutku, zgłosił się chory do szpitala.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, źle odżywiony. Narządy klatki piersiowéj i jamy brzusznéj nie przedstawiają zboczeń; głos chrypliwy. W miejscu przejścia błony śluzowéj odbytnicy w skórę wypukla się na zewnątrz dolna część odbytnicy i tworzy obrzęk kształtu gruszkowatego, wielkości główki dziecięcia, 13cm. długi, na którego dolnym końcu znajduje się podłużny, nieregularnie przeciągnięty otwór, prowadzący do światła wywróconéj kiszki. Badając palcem można wyczuć w wysokości rzyci pierścień zwężający, który odpowiada m. zwieraczowi zewnętrznemu. Powierzchnia obrzęku pokryta płatami szaro-białego, obumarłego przybłonka, mało bolesna. Przez napieranie może chory część kiszki wypadniętą jeszcze powiększyć, przyczém na powierzchni występują wynaczynionki. Od dwóch dni chory nie miał wypróżnienia, żali się na ciągłe nudności i utrudnione oddawanie moczu.

Dnia 26/11 1884 w położeniu cięcia pęcherza, po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego, odcięto wypadniętą część kiszki w wysokości zwieracza rzyci. Po przecięciu przedniéj ściany zewnętrznego jelita okazała się powierzchnia kiszki wewnętrznéj pokryta otrzewną. Teraz zeszyto kiszkę wewnętrzną z przeciętym już górnym odcinkiem kiszki zewnętrznéj i tak postąpiono w całym obwodzie, przyczém



w worku otrzewnowym po stronie prawéj okazała się część sieci, którą odprowadzono. Następnie odcięto kiszkę wewnętrzną i spojono szwem oba brzegi błon śluzowych. W jamę otrzewny pomiędzy szwy po stronie prawéj wprowadzono dren, drugi gruby włożono do kiszki odchodowéj. (W naszych przypadkach nie używano żadnych drenów). Opatrunek z gazy jodoformowéj i woreczków mchowych. Dwa razy dziennie *Tra Opii.*

27/11. Opatrunek zanieczyszczony skutkiem oddania stolca przestrzykano sączki 1% roztworem kw. karbolowego. Chory żali się na silne bóle w brzuchu. Ciepłota wieczorna 38·5°C. 1/12. Przy wypróżnieniu oba dreny wypadły; skutkiem rozejścia się szwów brzegi rany rozstąpiły się z przodu na 2, z tyłu na 7cm. Powstałą jamę przestrzykiwano słabym roztworem kw. karbolowego i wypełniano paskami gazy jodoformowéj. 7/12. Od trzech dni stan bezgorączkowy. Błona śluzowa odbytnicy zbliża się stopniowo ku dołowi. Jama poza kiszką znacznie się zmniejszyła; ilość wydzieliny bardzo nieznaczna. 14/12. Chory wyleczony opuścił klinikę. Część kiszki odcięta była 31cm. długa; dolny odcinek kiszki mocno rozszerzony, a ściany jego zgrubiałe.

Dla uzupełnienia podaję w streszczeniu przypadek, operowany i opisany przez Nicoladoniego. Dotyczył on 22-letniéj dziewczyny, która od sześciu lat cierpiała na zupełne wypadnięcie odbytnicy. Obrzęk kształtu kulistego był 8cm. długi, dawał przy wypuku odgłos bębenkowy, jako objaw, że pomiędzy obie ściany wywróconéj kiszki wsuwają się pętle jelita cienkiego. W lecie 1884 próbował Nicoladoni dwukrotnie energicznéj kauteryzacyi, aby tym sposobem, po utworzeniu się blizn sprowadzić zwężenie odbytnicy. Gdy ta próba pozostała bez skutku wykonał w lutym r. 1885 resekcyję w sposób zupełnie podobny do tego, jaki opisałem w trzech naszych przypadkach. I tutaj została otwartą otrzewna; kiszkę zeszytą reponowano, nie używając drenów. Przebieg następowy, mimo rozwolnienia, utrzymującego się przez pierwszy tydzień nie pozostawiał nic do życzenia. Chora po trzech tygodniach opuściła klinikę, a stan jéj zdrowia po kilku miesiącach był ze wszech miar zadowalający.

Nie wchodząc bliżéj w przyczyny tego cierpienia napotykanego dosyć często, chcę zwrócić uwagę na przypadki, w których wypada na zewnątrz już nie kilka fałdów błony śluzowéj, ale odbytnica w całéj swéj grubości. Choroba trwa zwykle lata; część wypadnięta zwolna ale stopniowo się powiększa, a pociągając za sobą otrzewnę jamy Douglasa, wytwarza worek dla przepukliny, w którą wsuwa się część sieci lub pętla jelita. Stan w wysokim stopniu przykry dla chorego, nie mało też trudności przedstawia dla terapii. Chcąc mówić o leczeniu odbytnicy wypadłéj odróżnić musimy przypadki, w których część kiszki wypada, ale każdéj chwili daje się odprowadzić, od tych, gdzie skutkiem znacznego obrzmienia albo zaburzeń w krążeniu repozycyja jest niemożebną lub wprost przeciwwskazaną i zabieg musi być doraźny, jako wskazanie żywotne, a które stoją na równi z inwaginacyją. Z przytoczonych przezemnie przypadków 2, 3, 5ty należą do grupy pierwszéj, 1szy i 4ty zaś do drugiéj. W przypadkach drugiego rodzaju nie można się namyślać co do sposobu postępowania. Usunięcie części uwięźniętéj jest tutaj konieczne, a obecnie można się tylko wahać, czy wykonać resekcyję i enterorafiję, czy użyć podwiązki elastycznéj. W niedawnéj jednak przeszłości terapija była niemal bezsilną w obec tego stanu. Jeszcze w ostatniém wydaniu dzieła *Éléments de Pathologie chirurgicale par Nélaton* (opracowaném przez Desprésa) z r. 1882 czytamy zdanie: *Les ressources de la chirurgie sont plus souvent impuissantes pour combattre cette affection.* Prof. Mikulicz (l. c.) ze względu na większe bezpieczeństwo chorego, gładszy przebieg i otrzymanie podatniejszéj blizny oddaje pierwszeństwo typowéj enterorafii, a otrzymane dotąd rezultaty stwierdzają słuszność jego wywodów. We wszystkich sześciu przypadkach (a wliczam tu przypadek poprzednio opisany przez prof. Mikulicza) nastąpiło zupełne wyleczenie chorych bez następowych powikłań.

Za pomocą elastycznéj podwiązki operował cztery razy Weinlechner i raz Hofmokl *(Sitzungsbericht der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 2 April 1886).* Pierwszy przypadek Weinlechnera dotyczył ośmiomiesięcznego dziecka i zakończył się śmiercią po czterech tygodniach skutkiem nieżytu kiszek. U dziecka trzechletniego wystąpiło po zagojeniu się rany zwężenie, które wymagało cztery miesiące czasu do wyleczenia. Trzecim razem u mężczyzny 43-letniego, gdzie *prolapsus* miał pierwotnie 17cm. długości, trzeba było wykonać operacyję po raz drugi, gdyż powtórnie wysuwał się na zewnątrz kawał jelita 13cm. długi.

Wykazuje więc doświadczenie, że operacyja za pomocą podwiązki elastycznéj nie jest zabiegiem zupełnie wolnym od niebezpieczeństwa, a w razie pomyślnym sprowadzić może późniéj pewne zaburzenia, jak zwężenie lub nawet powtórne wypadnięcie. Jakkolwiek statystyka nie może jeszcze pouczyć, któréj metodzie należy się pierwszeństwo, to przecież otrzymane wyniki przemawiają na korzyść resekcyi. Nadto jedna jeszcze okoliczność przemawia za resekcyją. W razie obecności przepukliny po dokonaném już odprowadzeniu nie zawsze można stanowczo wykluczyć, czy nie pozostała w worku otrzewny jeszcze jakaś pętla jelita. Założenie zaś w tym przypadku ligatury musiałoby pociągnąć za sobą jak najgorsze następstwa. Pod tym względem pewniejszym, niż Weinlechnera, jest już sposób Kleberga, tylko że zanadto jest skomplikowany. Wykonywając typowe wycięcie unikamy zupełnie i tego niebezpieczeństwa.

Jak skąpe posiadaliśmy dotąd wskazówki co do postępowania w obec niemożebności odprowadzenia jelita, tak znowu nie można się użalać na brak metod operacyjnych w celu leczenia wypadnięcia bez uwięźnienia, zmierzających albo do usunięcia rozciągniętéj i zbytecznéj błony śluzowéj, już też do zwężenia zbyt rozszerzonego otworu rzyci. Nie ulega wątpliwości, że energiczna kauteryzacyja błony śluzowéj lub wycięcie fałdów ze skóry rzyci według Dupuytrena, wreszcie wielkiego klina z błony śluzowéj i skóry sposobem Dieffenbacha w wielu przypadkach wystarcza do wyleczenia, zwłaszcza jeżeli cierpienie dotyczy głównie błony śluzowéj. Atoli w przypadkach daleko posuniętych zabiegi te prawie nigdy nie są wystarczające; że zaś liczba tych przypadków nie jest bardzo małą, świadczą najlepiéj słowa, które znajdujemy w chirurgii Königa (IV wyd., 1885, t. II, str. 463): *Eine Anzahl von Vorfällen, welche irreponibel verwachsen, oder auch bei starker Erschlaffung des Anus nicht zurückgehalten werden können, mussen eben als unheilbar betrachtet werden.* Poucza bowiem badanie, że wypadnięcie kiszki stolcowéj nie polega tyle na przedłużeniu i rozszerzeniu błony śluzowéj, która podrzędną tu odgrywa rolę, ile raczéj na naciągnięciu i zwiotczeniu mięśni ściany jelita, a co najważniejsza, mięśni i powięzi utrzymujących jelito w prawidłowém położeniu. W tych więc przypadkach całkowitego wypadnięcia odbytnicy typowa

resekcyja i enterorafija jest zupełnie usprawiedliwioną, daje bowiem niemal pewność wyleczenia a w obec wydoskonalonéj techniki nie naraża chorego bardziéj, niż operacyje dawniéj używane.

II. Spostrzeżenia z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Dr. H. Schramm,
operator w szpitalu św. Zofii we Lwowie.

IV. Wycięcie odźwiernika z powodu raka.

Do niebardzo licznéj kazuistyki resekcyi żołądka pozwalam sobie dodać przypadek następujący.

M. B. kobieta, lat 58 licząca, z Winnik, cierpiała od półtora roku na przypady żołądkowe, objawiające się jako częste odbijanie, brak apetytu i bóle w kilka godzin po jedzeniu. Wymiotów nie było nigdy, kilka razy wystąpiły stolce czarno zabarwione. Chora chudła i słabła coraz bardziéj i z tego powodu przybyła do lecznicy po poradę. Badając ją wraz z Drem Janą, znalazłem w brzuchu w wysokości pępka guz wielkości pięści, o powierzchni nierównéj, twardy, przy ucisku bolesny, poruszalny we wszystkich kierunkach, najmniéj ku stronie lewéj, żołądek nierozdęty, kiszki próżne, brzuch zapadnięty. Płuca i serce zdrowe, mocz prawidłowy, wychudnienie bardzo znaczne. Rozpoznanie wahało się między rakiem żołądka a rakiem okrężnicy poprzecznéj, głównie z powodu braku objawów zwężenia odźwiernika. Jako jedyny sposób wyleczenia przedstawiono choréj operacyję, na którą się téż zgodziła. Przez kilka dni chora się kąpała. 2 dni przed operacyją dostawała tylko pokarmy płynne, a wieczorem przed operacyją wypłukałem żołądek kwasem salicylowym.

W dniu 15 grudnia przystąpiłem do operacyi przy łaskawéj pomocy Drów Rosnera, Wehra, Jany, Sielkiego i Tatarczucha. Przy ściślém postępowaniu przeciwgnilném otwarłem jamę brzuszną w linii białéj tuż ponad pępkiem, guz dał się łatwo wyjąć na zewnątrz, poczém okazało się, że znajdował się w okolicy odźwiernika, szerzył się więcéj na żołądek niż na dwunastnicę i zajmował przestrzeń na 8 cm. W celu usunięcia go oddzielono najpierw sieć dużą podwięzując ją w pęczkach, poczém okazało się, że żołądek był mocno zlepiony z kiszką grubą, tworząc z nią prawie jednolitą całość, co téż tłumaczyło bardzo dobrze trudności rozpoznawcze. Powoli i z wielką ostrożnością udało się odkleić kiszkę od żołądka, a ponieważ przytém ściana kiszki żywo krwawiła, nie potrzebowałem się więc obawiać obumarcia jéj ściany. Wreszcie oddzielono sieć małą i tym sposobem zwolniono guz od wszystkich połączeń. Popod oddzielony odźwiernik podsunięto czterogłowowy w kilkoro złożony kompres z gazy jodoformowéj. Końcami jego obwinięto żołądek i dwunastnicę, tak iż jama brzuszna została zupełnie zamkniętą, aby ochronić ją od możliwego zanieczyszczenia. Przy wyłuszczaniu powiększonego i już rozmiękłego gruczołu limfatycznego, który siedząc tuż koło żołądka utrudniał bardzo założenie uciskadła, wyciekło z niego kilka kropel ropy, które jednak natychmiast starto wacikiem, tak że nawet podłożona gaza jodoformowa z nią się nie zetknęła. Następnie założyłem uciskadło Wehra na żołądek i dwunastnicę na 1 cm. na zewnątrz od wyczuwalnych granic nowotworu i przeciąłem żołądek z góry ku dołowi i nieco skośnie, prawie do połowy. Z treści żołądkowéj nie wypłynęła ani kropla, a z przeciętych ścian żołądka tryskała krew w kilku miejscach, które podwiązano katgutem, poczém zaraz założyłem szew zwężający w ten sposób, iż najpierw zespoiłem szwem kuśnierskim błonę śluzową wciskając przytém jéj powierzchnię ku jamie żołądka, potém szwem węzełkowym zespoiłem błonę mięsną, a wreszcie szwem Lemberta błonę surowiczą. Teraz przeciąłem w kierunku pionowym resztę żołądka i dwunastnicę, przez co nowotwór został oddzielony. Żołądek i dwunastnica dały się do siebie zbliżyć, lubo z niejaką trudnością, a w celu zespojenia ich ze sobą postąpiłem w ten sposób, iż najpierw założyłem sześć szwów Lemberta na tylną powierzchnię dwunastnicy i żołądka, węzełki tych szwów przypadły na wewnątrz. Następnie w téj saméj rozległości zespoiłem błonę mięsną żołądka i dwunastnicy, potém założyłem szew kuśnierski na błonę śluzową w całym obwodzie, potém szew węzełkowy w przednią połowę błony mięsnéj żołądka i dwunastnicy, a wreszcie szwy Lemberta na przednią część błony surowiczéj, zważając przytém szczególnie na dokładne zespajanie się ścian w punkcie, gdzie szew zwężający schodził się ze szwem zespajającym. Teraz odjąłem uciskadło; natychmiast treść żołądka przeszła do dwunastnicy, na linii szwu nie pokazała się ani kropla cieczy. Wreszcie wzmocniłem całą linię szwu gęstemi i daleko sięgającemi szwami Lemberta, tak że wszędzie stykały się ze sobą powierzchnie otrzewny szerokie przynajmniéj na 1 cm.

Cały więc szew składał się właściwie z czterech rzędów, tj. szew kuśnierski błony śluzowéj, szew węzełkowy błony mięsnéj, powierzchowny i daléj sięgający szew Lemberta błony surowiczéj. Do szwu kuśnierskiego użyłem katgutu, zresztą najcieńszego jedwabiu.

W końcu wyjąłem podłożony pod żołądek kompres z gazy jodoformowéj — pole operacyjne wytarłem wacikiem zmaczanym w 5% karbolu, linię szwu posypałem jodoformem, odprowadziłem żołądek do jamy brzusznéj, którą zwykłym sposobem zamknąłem i założyłem opatrunek miernie uciskający.

Wyjęty kawałek żołądka miał wzdłuż dużéj krzywizny 9, wzdłuż małéj 7½ cm. Na przedniéj i dolnéj ścianie żołądka nowotwór dochodził aż do błony surowiczéj — cięcie od strony żołądka szło w saméj granicy nowotworu, od strony dwunastnicy został pasek szeroki na ¼—½ cm. zupełnie zdrowéj błony śluzowéj. Wewnętrzna powierzchnia nowotworu mocno rozpadła, tak iż zwężenia odźwiernika zupełnie nie ma.

Operacyja trwała blisko 3 godziny i zużyto koło 180 gramów chloroformu. Tętno 90 tylko, nieco słabsze niż przed operacyją. Chorą ułożono w ogrzaném łóżku i polecono połykać od czasu do czasu pigułki z lodu. Wieczorem ciepłota 37·2, tętno 84, mała bolesność w ranie zwłaszcza przy kaszlu. Chora dostała lawatywę z wina z dodatkiem 15 kropli nastoju makowca. Noc spokojna.

16/12 ciepłota 37·3, tętno 80 — od czasu do czasu odbijanie. Kaszel dość uporczywy. Chora dostaje pigułki z lodu i lawatywę z opijum.

17/12. Bez gorączki, tętno 86. Brzuch niebolesny, kaszel mniejszy. Podawano choréj mleko kwaśne po łyżeczce od kawy co 3 godziny i t. d. Wieczorem wstrzyknięto morfin.

20/12. Przebieg bardzo pomyślny, brzuch płaski, niebolesny, odbijania nie ma. Chora dostaje mleko, rosół, winną polewkę naprzemian co godzina łyżkę.

22/12. Wyjęto szwy wałeczkowe. Brzuch nieco wzdęty, gorączki nie ma, tętno 86.

27/12. Pierwszy stolec, bez bólów. Chora dostaje jajo na miękko i sos z potrawki.

30/12. Wyjęto wszystkie szwy. Rana *per primam*. W ciągu dnia stolec. Chora dostaje mięso skrobane.

Odtąd dostaje chora powoli zwykłe pokarmy. 25 dnia po operacyi wstała z łóżka, stan odżywienia poprawił się znacznie, a obecnie, t. j. w dwa miesiące po operacyi, operowana czuje się zupełnie zdrową, jada zwykłe pokarmy, oddaje się domowemu gospodarstwu, jak i przed operacyją. W okolicy żołądka nie można wyczuć żadnego stwardnienia lub obrzęku.

III. Leczenie kiły garbnikanem rtęciawym.

Podał
Dr. Karol Szadek
z Kijowa.

Ustalona od najdawniejszych czasów metoda leczenia kiły za pomocą wcierań maści rtęciowéj cieszy się do dziś dnia jeszcze największém powodzeniem i stosowaniem; obok niéj jednak w nowszych czasach powstało nowe lecznicze stosowanie przetworów rtęciowych, mianowicie podskórne ich wstrzykiwanie, posiadające w ostatnich zwłaszcza czasach coraz więcéj zwolenników, dzięki większéj ścisłości i dokładności w dozowaniu leku, którego cała ilość wprowadzona pod skórę dostaje się do krwiobiegu. Obok niezaprzeczonych zalet wymienionych sposobów leczenia kiły, posiadają obie te metody i ujemne strony; a oprócz tego nie zawsze możemy stosować wcierania lub zastrzykiwania, zwłaszcza w prywatnéj praktyce, w któréj niekiedy trzeba liczyć się z różnemi postronnemi względami. W takich zwłaszcza przypadkach, a także gdzie nie zachodzi potrzeba podawania większych ilości rtęci, w łagodnych postaciach kiły lub w jéj nawrotach znajduje zastósowanie użycie wewnętrzne przetworów rtęciowych. Ostatni sposób leczenia dogodny jest szczególnie w przypadkach przewlekłych, gdy musimy przez dłuższy czas podawać choremu rtęć. Wielu lekarzy praktycznych i niektórzy syfilidologowie, szczególnie we Francyi, przekładają wewnętrzne zadawanie przetworów rtęciowych nad wcierania lub podskórne wstrzykiwania (Fournier). Inni zaś radzą uciekać się do wymienionéj metody dopiero po przeprowadzeniu systematycznego okresu wcierań szaruchy lub wstrzykiwań podskórnych, uważając wewnętrzne stosowanie rtęci za przydatne tylko jako pomocnicze, uzupełniające leczenie w kile (Neisser). Niekiedy napotykamy szczególne wskazówki dla niezbędnego zadawania swoistych leków wewnętrznie, rozumiemy tu ogólne objawy kiły objawiające się nietylko na skórze i błonach śluzowych ust i połyku, lecz dotykające także błon śluzowych przewodu pokarmowego. Że podczas pierwszéj osutki kiłowéj często spostrzega się objawy zajęcia wewnętrznych narządów, a w téj liczbie i przewodu pokarmowego, o tém już oddawna wiemy; jakkolwiek zmiany chorobowe przewodu pokarmowego w przypadkach wymienionych, w okresie wczesnym kiły nigdy nie bywają groźnemi, zwykle zaś ograniczają się do powierzchni błon śluzowych i wkrótce zwykły mijać, zastósowanie wtedy wewnętrznego użycia przetworów rtęciowych jest wprost wskazaném już choćby ze względu na potrzebę miejscowego bezpośredniego działania rtęci na błonę śluzową żołądka i kiszek.

Wprowadzona w ostatnich czasach w użycie metoda leczenia kiły za pomocą dłuższego z małemi zaledwo przerwami stosowania przetworów rtęciowych (Fournier, Neisser), potrzebująca dla przeprowadzenia ścisłego od 2—4 lat, posługiwać się musi po większéj części wewnętrznem zadawaniem rtęciowych środków, jako najdogodniejszém leczniczém postępowaniem, które można długo stosować, nie narażając bynajmniéj chorego na rozmaite niedogodności, właściwe wcieraniom lub wstrzykiwaniom.

Użycie wewnętrzne przetworów rtęciowych, datujące od bardzo dawnych czasów, bo od XVII wieku, dotąd znajduje częste zastósowanie w kile; z liczby leków rtęciowych, które tą drogą wprowadzano do ustroju chorego, najczęściéj stosowano: kalomel, surnat, jodek i dwujodek rtęci w połączeniu z jodkiem potasu, że już pomijamy inne przetwory rtęciowe, mniéj używane i dziś prawie porzucone. Wszystkie wymienione przetwory rtęciowe posiadają wspólną ujemną cechę, mianowicie przy wewnętrznem stosowaniu wywolują łatwo zaburzenia przewodu pokarmowego, szczególniéj zaś dotyczy to surnatu, który nawet w małych dawkach zadany wywołuje często boleści w żołądku i biegunkę, podawany zaś przez dłuższy czas może wywołać długotrwające zaburzenia trawienia i inne objawy przewlekłego nieżytu przewodu pokarmowego. Z tych powodów często musimy zaniechać wewnętrznego stosowania rtęci i uciekać się mimowolnie do innych sposobów leczenia.

W obec powyżéj wskazanych ujemnych stron, jakiemi obciążone są znane dotychczas przetwory rtęciowe przy wewnętrznem ich stosowaniu, naglącém i koniecznem było wyszukanie takiego przetworu, któryby, posiadając wartość leczniczą innych środków rtęciowych, nie wywoływał ubocznego działania drażniącego na błony śluzowe przewodu pokarmowego. Jakoż w r. 1883 Lustgarten podał wiadomość o nowym przetworze rtęciowym, który zdawało się, że posiada niezaprzeczone zalety, gdyż nie łatwo wywołuje zaburzenia w żołądku i dobrze bywa znoszonym przez chorych. Lekiem tym jest garbnikan rtęciawy *(Hydrargyrum tannicum oxydulatum)*, sporządzony przez Dra Lustgartena w pracowni profesora Ludwiga w Wiedniu; przedstawia się on w postaci zielonawo-żółtego bezwonnego proszku, nie posiadającego wybitnego smaku i zawiera 50% rtęci. Skład jego chemiczny: $Hg_2 (C_{27}H_{19}O_{17})2$. Garbnikan rtęciawy otrzymano strącając rozczyn azotanu rtęci rozczynem garbnikanu potasu. Osad otrzymany przemywa się, następnie przesącza się i wysusza na powietrzu. Garbnikan rtęciawy nie rozpuszcza się w wodzie, przy cieplocie 35°—40°C. rozkłada się; rozczyn kwasu solnego mało na niego oddziaływa, kwas azotowy zaś szybko go rozpuszcza i niszczy; związki alkaliczne, nawet znacznie rozcieńczone, rozkładają go, przytém rtęć osadza się w postaci niekształtnéj brunatnéj masy. Proszek garbnikanu rtęciawego należy do rzędu przetworów rtęci dość trwałych i przez długi czas nie psuje się. Lustgarten (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1884. Nr. 11—14) stosował wymieniony środek w 12 przypadkach kiły drugorzędnéj w klinice dermatologicznéj prof. Kaposiego w Wiedniu i otrzymał bardzo zadowalające wyniki: nowy środek przy stosowaniu go wewnętrznem nie wywoływał podrażnienia przewodu pokarmowego, jakto bywa przy wewnętrznem używaniu innych przetworów rtęciowych; po zażyciu szybko ulega wchłonieniu i w znacznéj ilości do ustroju, jak o tém przekonano się z rozbiorów moczu kiłowych, leczonych garbnikanem rtęciawym. Dziennie podawał Lustgarten po 0·3 *Hygri tannici* w opłatku z *Saccharum lactis* (po 0·1 trzy razy dziennie po jedzeniu). Nigdy nie spostrzegał on żadnych

objawów zaburzenia trawienia, pomimo że lek ten stosował czasem w ciągu kilku tygodni; brak drażniących własności tłumaczy Lustgarten obecnością garbniku w nowym przetworze.

Pomimo gorącego zalecania przez Lustgartena nowego przetworu rtęciawego, w pierwszéj chwili nie zwrócono na niego bacznéj uwagi, jak to dowodzi brak odnośnych sprawdzeń w 1884 roku. Zaledwo po upływie roku napotykamy artykuł, w którym Pauli ogłasza wyniki prób, które odbył z nowym lekiem stosując go w 13tu przypadkach kiły. Pauli zadowolony wprawdzie z osiągniętych skutków, zaleca jednak garbnikan rtęciawy, przeważnie w kile nawrotnéj, w postaci guziczkowéj i klykcinami objawiającéj się. Dziennie podawał według przepisów Lustgartena po 0·3 w proszku W kilku przypadkach w początku leczenia spostrzegał biegunkę, która w jednym z tych przypadków ustała po zaprzestaniu tego środka, w innych zaś dodanie do proszku 0·05 garbniku również usunęło zaburzenie przewodu pokarmowego. Pauli radzi podczas używania wewnętrznego garbnikanu rtęciawego dobrze odżywiać chorego i wystrzegać się jednoczesnego zadawania przetworów jodowych. Niekoniecznie korzystne wyniki co do działania tego leku na przewód pokarmowy, otrzymane przez Paulego, dają się wytłumaczyć po części tém, iż autor ten stosował garbnikan rtęciawy w prywatnéj praktyce, gdzie, jak wiadomo, trudno o zachowanie przez chorych należnych ostrożności przy stosowaniu rtęciowego leczenia (Pauli, *Über Hydrargyrum tannicum. Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1884, Nr. 47).

Leblond podaje wiadomość o stosowaniu garbnikanu rtęciawego u 500 chorych z objawami drugorzędnéj kiły; otrzymane wyniki we wszystkich przypadkach były pomyślne. Biegunka wystąpiła tylko raz; ślinotok i rtęciowe zajęcie ust dwa razy (u jednego z tych chorych przedtém przeprowadzono długą kuracyję wcierkami i wewnętrznem użyciem jodku rtęci). Środek zadawany był wedle następnego przepisu:

Rp. *Hygri tannici oxydulati* 3·0
Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut f. 60 pil.
S. po 2 pigułki 2 razy na dzień.

Czasami dawkę zwiększano do 0·3 na dzień, w dwóch zaś przypadkach stosowano po 0·4 co dnia. (*Du tannate de mercure dans le traitement de la syphilis. Gazette hebdomadaire de medecine et chirurgie*, 1885, Nr. 24).

Dornig z Lublany (*Über Hydrargyrum tannicum. Wiener medicinische Wochenschrift*, 1885, Nr. 27) stosował garbnikan rtęciawy u 18 osób z drugorzędną kiłą, (z tych było 7 mężczyzn i 11 kobiet) i otrzymał téż zadowalające wyniki. Lek zadawano według przepisu Lustgartena w proszku z cukrem mlecznym; chorzy dobrze go znosili i nigdy nie uskarżali się na boleści w brzuchu; biegunki nie spostrzegano. W jednym tylko przypadku po 4-tygodniowém użyciu *Hygri tannici* (8·17 gramów) chory zaczął uskarżać się na utratę łaknienia, w innych zaś przypadkach nie zauważono żadnego ubocznego działania na przewód pokarmowy. Wedle spostrzeżeń Dorniga w skutek użycia garbnikanu rtęciawego najłatwiéj ustępują osutki plamiste, grudkowe i krostkowe; również łuszczyca kiłowa dłoni i podeszew. W jednym przypadku zapalenia kiłowego tęczówki środek zawiódł oczekiwania i musiano wkrótce zaniechać dalszego stosowania garbnikanu rtęciawego i natomiast przejść do wcierań szaruchy.

Wypada wreszcie napomknąć o pomyślnych wynikach, otrzymanych przy użyciu *Hygri tannici* przez Pearsona (*Seventeen cases of syphilis treated with the tannate of mercury. Medical Times and Gazette*, 1885, II, str. 869, grudzień 26) i Tildena (*Some points in the treatment of syphilis. Boston medical and Surgical Journal*, 1885, 18 styczeń).

O rażném wchłanianiu do ustroju wymienionego środka wspomina Borowskij (*Russkaja medicina*, 1886, 23). Wymieniony autor badał chemicznie mocz u chorych kiłowych, poddanych w klinice chorób kiłowych w Kijowie leczeniu rozmaitemi rtęciowemi przetworami (wcierania szaruchy, wewnętrzne użycie garbnikanu rtęciawego, podskórne wstrzykiwania mrówczanu rtęci, kalomelu itd.) i znajdował w moczu rtęć już na 2—3 dzień po wewnętrzném zażyciu garbnikanu rtęciawego.

Na korzyść nowego środka rtęciowego przemawiają téż nie mało wzmianki pochlebne o jego działaniu i zaletach, wypowiedziane w najnowszych podręcznikach chorób kiłowych. Lesser (*Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.* Leipzig, 1886, str. 256) mówi, iż garbnikan rtęciawy przewyższa inne przetwory rtęciowe, gdyż nawet większe jego dawki (0·45) stosowane wewnętrznie znoszą chorzy bardzo dobrze i nie wywołują one zaburzeń przewodu pokarmowego; Lesser radzi stosować środek wymieniony w pigułkach i podaje następny przepis tychże: Rp. *Hydrargyri tannici oxydulati* 3·00. *Succi et pulv. liquiritiae āā* 1·5 *ut f. pil.* 60. *S.* 3 razy dziennie po 1—2 pig.

Pochlebną téż wzmiankę o wewnętrzném użyciu garbnikanu rtęciawego napotykamy w podręcznikach prof. Langa (*Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.* Wiesbaden, 1886, str. 523) i Fingera (*Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.* Wien, 1886, str. 178). Baumler zaś w ostatniém wydaniu obszernéj swéj monografii o kile, znajdującéj się w podręczniku Ziemssena (*Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 3te, völlig umgearbeitete Auflage. III. Band. Chronische Infectionskrankheiten. Erster Theil. Syphilis.* Leipzig, 1886, str. 303) chociaż wspomina o nowym środku rtęciowym, zalecanym przez Lustgartena, i podaje sposób jego użycia, wstrzymuje się jednak od wypowiedzenia swego zdania co do wartości jego leczniczéj i przydatności w kile.

Pomyślne wyniki, otrzymane przez Lustgartena, Leblonda, Dorniga i innych, po wewnętrzném stosowaniu garbnikanu rtęciawego w kile, zachęciły mnie do zastosowania wymienionego środka rtęciowego w tych przypadkach kiły, w których wskazaném było wewnętrzne wprowadzenie rtęci do ustroju chorego przez żołądek.

Garbnikanu rtęciawego używałem w prywatnéj praktyce, stosując go wewnętrznie w 46 przypadkach (39 mężczyzn, 5 kobiet i 2 dzieci) kiły drugorzędnéj; wybierałem zaś przeważnie w tym celu przypadki z łagodnemi lub nawrotnemi objawami; w jednym zaś przypadku środek ten stosowałem w kile trzeciorzędnéj, znamionującéj się kilakowém zajęciem skóry policzka, nosa i jamy ustnéj z przedziurawieniem podniebienia. W 20 przypadkach przeprowadziłem za pomocą wymienionego leku następowe leczenie po dłuższém poprzednio stosowaniu wcierań szaruchy lub podskórnych wstrzykiwań innych przetworów rtęciowych; w 26 przypadkach garbnikan rtęciawy stosowałem w początkowym okresie kiły świeżéj drugorzędnéj, dotąd nieleczonéj jeszcze swoistemi środkami.

Garbnikan rtęciawy podawałem chorym bądź w postaci proszku według przepisu Lustgartena, bądź téż i to najczęściéj w pigułkach wedle następnego przepisu:

Rp. *Hydrargyri tannici oxydulati* 4·00,
Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut f. pil. 60.
S. Od 3—5 pigułek dziennie.

Zwykle zadawałem codziennie po 0·2—0·3 garbnikanu rtęciawego; dawka taka podzielona była na 2—3 części, które z osobna chory zażywał zawsze po jedzeniu. Dzieciom w wieku od 2—5 lat podawano środek w dawkach 00·2—0·03 dziennie.

We wszystkich prawie przypadkach lek ten chorzy dobrze znosili; zaledwo w 5 przypadkach po dłuższém użyciu wystąpiły lekkie objawy podrażnienia żołądka mianowicie: uczucie ciężaru w dołku podsercowym, utrata łaknienia i rozwolnienie; w 3ch przypadkach w obec bezskuteczności garbnikanu rtęciawego musiałem zaniechać wewnętrznego jego użycia i przejść natomiast do innych sposobów leczenia (mieliśmy do czynienia z kiłą drugorzędną, z dość szybkim i uporczywym przebiegiem wyróżniającą się licznemi zmianami na skórze i błonach śluzowych).

(Dokończenie nastąpi).

IV. Chirurgija w usługach medycyny wewnętrznéj.

Podał
Dr. J. Zielewicz,
lekarz dyrygujący oddziału chirurgicznego szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Rzecz przedłożona w streszczeniu na Walném Zebraniu sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk d. 19 grudnia 1886 r.).

Od czasu, jak antiseptyka stała się myślą przewodnią terapii chirurgicznéj, a pod jéj osłoną technika operacyjna zyskała wiele na ścisłości i śmiałości, nic dziwnego, że pole działania chirurgicznego ogarnęło z jednéj strony zupełnie nowe dla siebie obszary, z drugiéj dziedzinę, dotąd uważaną za wyłączną własność medycyny wewnętrznéj. A jako chirurgija już w odległegléj starożytności wielką chlubiła się powagą, bo jéj *effectus inter omnes medicinae partes evidentissimus*, tak, gdy niebywale dotąd powodzenie chirurgii w ostatniém dziesięcioleciu wysunęło ją na czoło umiejętności lekarskich, nastała chwila, iż się niektórym zdawało, że dla chirurgii nie ma nic niedostępnego, a rola lekarza chorób wewnętrznych do bardzo skromnych zejść musi rozmiarów. Objawy te nie pozostały w ukryciu, owszem dały się słyszeć na zebraniach poważnych gron naukowych, ba nawet doprowadziły do tego, że z pewnego grona lekarskiego wyłoniło się osobne towarzystwo dla medycyny wewnętrznéj z obawy podobno, aby ta część wiedzy lekarskiéj w skutek zbytnio wytyczonego kierunku chirurgicznego starego towarzystwa nie szwankowała (Berlin). Nie podlega wątpliwości, że zdobyte pod osłoną antiseptyki powodzenie nadało umiejętności lekarskiéj chirurgiczny pod wielu względami kierunek, atoli obawa dyktatury chirurgicznéj w medycynie płonną nam się być wydaje, gdyż pewność każdorazowego udania się aseptyki, na któréj tak bardzo polegamy, dotychczas matematycznéj nie ma podstawy i zależy nieraz jeszcze od okoliczności, niedających się obliczyć. A jeżeli wreszcie, czego się spodziewać należy, staniemy na téj idealnéj wyżynie, to i wtedy nie może być o tém mowy, aby najstarsza wprawdzie i najdostojniejsza córa blaskiem swoim zaćmić miała tę wspólną macierz, od któréj wzięła swój początek i na któréj swoją zbudowała chwałę; ale raczéj tryjumfalny swój pochód skierować musi ku temu celowi, aby z ramion macierzy zdjąć te zadania, które w danym okresie jéj rozwoju ona sama za niewykonalne dla siebie uważa. Wtedy, „endochirurgia“ stanie się uzupełnieniem medycyny wewnętrznéj, a idąc z nią ręka w rękę, rozszerzy zakres pomocy lekarskiéj i nowe dla wykonawstwa lekarskiego zdobędzie tryjumfy.

Jesteśmy już na téj drodze. Cały szereg chorób uważanych dotychczas przy lekowaniu wewnętrznem za nieuleczne, stał się podziśdzień przedmiotem terapii chirurgicznéj, a jak szybko pod tym względem zmieniają się poglądy, świadczy fakt, że dziś już do wyjątków należy lekarz, któryby choremu na otok opłucnowy pozwolił umrzeć bez operacyi. A przecież niedawne te czasy, kiedy nietylko tak zwani „nihiliści“ szkoły wiedeńskiéj, ale i terapeuci francuscy w zapaleniu opłucny ropiastém od początku do końca choroby innego jak wewnętrzne nie dopuszczali leczenia. Podobnie rzecz się ma z niektóremi chorobami trzew brzusznych, jak np. niedrożność jelit, nie mówiąc już o raku żołądkowym, którego terapija chirurgiczna, mimo swych olśniewających rezultatów, podziśdzień jeszcze u ogółu lekarzy najmniéj zyskała sobie uznania.

Przykłady te dowodzą, że endochirurgija, jakkolwiek jeszcze w powiciu, ma przed sobą przyszłość, a przyszłość ta zależy w znacznéj mierze także od rzetelnego współdziałania kolegów, którzy poświęcając część miłości własnéj na rzecz swoich chorych, dotychczasowy zakres swéj działalności częściéj i chętniéj przekazywać zechcą chirurgom, jako ostatecznym spadkobiercom tego, co terapeutyczna mizeryja nasza ochrzciła charakterystyczném mianem *medicorum crux.* W poglądzie, który Wam, szan. koledzy, przedłożyć zamierzam, o wyczerpaniu przedmiotu nie może być mowy, pragnę jedynie dotknąć niektórych pytań, będących według mego przekonania najbardziéj na czasie.

I.

Wskazania operacyjne w chorobach układu mózgo-rdzeniowego są przeważnie dziełem ostatnich dopiero lat. Trepanacyja czaszki jest wprawdzie operacyją bardzo starą, znaną podobno już u ludów przedhistorycznych, lecz tak jéj wartość lecznicza, jakoteż i wskazania do niéj ulegały z biegiem czasu różnéj krytyce, stosownie do tego, co przez tę operacyję zamierzano osiągnąć. Wreszcie i postęp nauki o chorobach mózgo-rdzeniowych, tudzież zdobycze dyjagnostyczne na podstawie lokalizacyi czynności mózgowych, nie mało się przyczyniły do docierania przez kości czaszki ku źródłu choroby. Tutaj należą: padaczka urazowa, choroby kości czaszkowych swoiste, a więc kiłowe, gruźlicze i inne sprawy chorobowe, których następstwem bywa obumieranie kości, tutaj wreszcie idyjopatyczny ropień mózgu.

Z pomiędzy chorób rdzenia pacierzowego szczególnie wiąd stał się swego czasu głównym przedmiotem leczenia chirurgicznego. Ostatecznie i porażenia skutkiem ucisku rdzenia pacierzowego przez odłamki kręgów należy tutaj policzyć.

Do kategoryi padaczki urazowéj chirurg tylko te przypadki policzyć może, w których charakterystyczne objawy wystąpiły z wielką pewnością po urazie czaszki, bez względu na to, czy objawy te wystąpiły bezpośrednio czyli téż w późniejszym dopiero czasie (nawet we 2 lata) po obrażeniu. Jako skutek urazu występuje wtedy ograniczone wgniecenie czaszki, zgrubienie kości lub wyraźna kostnina, blizna w czepcu głowowym itp. ślady urazu. Bergmann tylko w takich razach doradza trepanacyję, jeżeli przez ucisk błony da się wywołać napad epileptyczny; w ogóle zgodzić się można na to, że trepanacyja wskazana jest wtedy, gdy związek epi-

lepsyi z blizną w częściach miękkich lub w kościach jest choć nie zupełnie pewny, to przynajmniéj prawdopodobny.

Niebezpieczeństwo trepanacyi samej, jako zabiegu chirurgicznego, w obec antiseptyki straciło wiele ze swéj dawnéj grozy. J. Walsham (*St. Bartholomews Hospital reports* Vol. VIII., Referat w *Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, str. 360) w statystyce swéj zestawił 82 przypadków trepanacyi przy zupełnie nietkniętych powłokach głowy, boć takie tylko mogą tu wchodzić w rachubę i znalazł pomiędzy niemi śmiertelność = 14,4%. Tenże sam autor (*Centrallbl. f. Chir.*, 1884, str. 346. Ref.) zestawił także statystykę trepanacyi w padaczce urazowéj: z 82 przypadków 48 zupełnie wyzdrowiało, u 13 stan się poprawił, u 4 wcale się nie zmienił, a 17 zmarło; ze statystyki Königa (*Lehrbuch*, t. I, str. 121) zaś wynika, że na 94 przypadki trepanowane wyzdrowień było 54, umarło 22, u 3 nastąpiło polepszenie, a u 15 nic się nie zmieniło.

Jakkolwiek za wiarogodność całego powyższego materyjału statystycznego odpowiedzialności brać nie można, jednak wystarcza on na dowód, że zabieg chirurgiczny na przebieg téj rozpaczliwéj choroby zbawiennie wpłynąć może.

Umiejscowione bóle głowy także już stanowiły wskazanie do trepanacyi. W braku dostatecznéj jeszcze podziśdzień statystyki zadowolić się musimy faktem, że przy operacyi tu i owdzie jako prawdopodobną przyczynę bólów znaleziono zgrubienie kości na miejscu ograniczoném, odszczep wewnętrznéj blaszki kości czaszkowéj, dawną depresyję, przerosłe granulacyje Pachioniego i t. p., po których ostrożném usunięciu ból stanowczo ustąpił. Nie brakło wprawdzie i prób nieudanych ze zejściem śmiertelném, lecz dzisiaj w obec antiseptyki niebezpieczeństwa te znacznie się zmniejszyły, tak, że lekarz i w takich przypadkach z czystém sumieniem za operacyją oświadczyć się może. Wiesmann (*Deutsche Zschrift für Chirurgie* Tom. XXI i XXII) słuszną tu robi uwagę, że przecież w nerwicach n. troistego chorzy na bardzo energiczne decydują się operacyje, które w dodatku nietylko trwałego, ale często nawet przemijającego nie miewają skutku.

Choroby swoiste kości czaszkowych mogą się stać wskazaniem do trepanacyi, jeżeli leczenie wewnętrzne i dyjetetyczne nie skutkuje, a sprawa chorobowa kości grozi przejściem na błony sąsiednie. Sprawy kiłowe téj kategoryi, już przed wielu laty Bruns (*Die chirurg. Krankheiten u. Verletzungen des Hirnes und seiner Häute. Tübingen* 1854, str. 454.) bardzo starannie opracował, na trepanacyję zaś w gruźlicy kości czaszkowych, po dawniejszych pracach Nélatona i Rieda ostatniemi laty znów Volkmann (*Centbl. f. Chirurgie* 1880. str. 3.) zwrócił uwagę. Gruźlica tych kości różni się charakterystycznie od kiły, i na drodze wewnętrznego leczenia usunąć się nie daje, albowiem tutaj sprawa chorobowa nie ogranicza się do ropienia i sekwestracyi kości, lecz przechodzi z czasem na oponę twardą mózgu: wskazane więc jest nietylko wywiercenie małego zwykle w czaszce otworu, ale nadto oskrobanie błony twardéj z ziarniny gruźliczéj i jéj dezinfekcyja. U chorych, przez Volkmanna operowanych, bieg preperacyjny był prawidłowy, lecz V. na dowód uporczywości sprawy chorobowéj nadmienia, że szybkie zagojenie osiągnął zaledwie w połowie swoich przypadków, u reszty okazała się potrzeba energicznych przyżegań celem podniecenia zdrowéj ziarniny i zabliźnienia.

Od czasu, jak fizyjologija mózgu przyjęła zasadę lokalizacyi czynności mózgowych, według któréjto nauki pewna funkcyja organizmu zależy od pewnego, ściśle określonego miejsca kory mózgowéj, jesteśmy uprawnieni do wniosku, że podrażnienie, zmniejszenie się, lub zupełne ustanie pewnéj czynności, zależy od uszkodzenia lub zniszczenia pewnéj ściśle odgraniczonéj okolicy mózgowia. Ta fizyjologiczna zdobycz ostatnich czasów, acz sama dopiero w zawiązku, wielkie już dyjagnostyce spraw chorobowych, ucisk mózgu wywołujących, oddała przysługi. Do spraw tych należy i ropień mózgowy, z powodu którego już i dawniéj trepanowano czaszkę, lecz bez dostatecznych wskazówek co do umiejscowienia gniazda ropnego działano raczéj na ślepo, niż na podstawie pewnych danych. Nie mamy zamiaru wdawać się w szczegóły dyjagnostyczne, poprzestajemy na wzmiance, że przy rozpoznaniu ropnia mózgowego trzy główne etyjologiczne uwzględnić należy momenty. Ropień mózgowy powstać może z trzech przyczyn: rana części miękkich czaszki drążąca ku kości, sprawy zapalne i ropienie kości czaszkowych, a wreszcie ropień płucowy. Pierwsza z wymienionych przyczyn decyduje o ropniach mózgowych urazowych, ostatnia, a w części druga, wywołuje t. z. ropnie idyjopatyczne.

Mimo cennych wskazówek, jakie dzisiejsza dyjagnostyka ropni mózgowych zyskała w nauce o lokalizacyi czynności mózgowych, znane są badzo dobrze tak terapeutom jak i chirurgom olbrzymie trudności w ścisłém oznaczeniu miejsca, kędy się ma znajdować ropień. Dla ilustracyi tych trudności przytoczymy pokrótce dość świeży przypadek, rozpoznany przez C. W e r n i c k e g o a operowany przez E. H a h n a (*Virchowa Archiw* 1882. Tom 87.) U 48 letniego mężczyzny, u którego przed 8 laty wystąpiły przemijająco objawy gruźlicy, pojawiła się hemiopija po prawéj stronie, w 4 miesiące póżniéj znaczne porażenie prawéj nogi i lekkie porażenie prawego ramienia, nerw twarzowy, język, mowa w stanie prawidłowym. Następstwo objawów porażennych, tudzież ich charakter, kazały wnosić o ognisku w półkuli wielkiéj, posuwającém się z płatu tyłogłowowego ku okolicy ruchowéj półkuli mózgowéj. Wykluczywszy nowotwór a przypuściwszy ropień, wykonano trepanacyję ponad lewym płatem tyłogłowowym. Po wyświdrowaniu otworu Hahn zrobił nakłócie strzykawką Pravaza, lecz napróżno, ropy nie znalazł. Powtórna punkcyja na innem miejscu, wydobycie ropy, nacięcie na 4 cm. wgłąb mózgu, wypuszczenie około trzech łyżek stołowych ropy. Po operacyi stan ogólny się poprawił, a porażenia nieco ustępować zaczęły. Chory jednak umarł, a sekcyja wykazała, że ropień ten, natury gruźliczéj, mimo onkotomii rozszerzał się daléj i ostatecznie pękł ku lewéj komórce bocznéj, wywołując zejście śmiertelne w 10 dni po operacyi.

Przypadek opowiedziany należy do najszczęśliwszych, i gdyby był wcześniéj operowany, prawdopodobnie pomyślnie byłby się zakończył. B l u h m i B e r g m a n n przytaczają cały szereg ropni mózgowych, wyleczonych za pomocą trepanacyi. W znacznéj atoli liczbie przypadków nietylko przy operacyi ropnia nie znaleziono, ale i cały zabieg operacyjny śmiercią szybką się zakończył. Są to więc dotychczas śmiałe próby, nieraz szczęśliwym uwieńczone wynikiem, lecz wątpić nie można, że i tu powodzenie należy do przyszłości, któréj z tém większą otuchą oczekiwać należy, że rokowanie wobec ropnia mózgowego jest bezwarunkowo niepomyślném.

W roku 1879 ogłosił Langenbuch (*Berl. klin. Wochenschrift* 1879. 48.) przypadek wiądu rdzenia pacierzowego, w którym podług analogii praktykowanego już w nerwicach sposobu wykonał naciąganie nerwu kulszowego z pomyślnym skutkiem. Jakkolwiek interniści i neurologowie, a zwłaszcza berlińscy, początkowo z niedowierzaniem tę wiadomość przyjęli, a następnie nawet z wyraźnym przeciwko téj metodzie

wystąpili protestem; mimo to ze strony chirurgów (Esmarch, Socin i w. i.) nie brakło naśladowców, którzy się w ogólności korzystnie o naciąganiu wyrażali. W r. 1881 Langenbuch wystąpił z nową publikacyją, (Tenże sam tygodnik 1881. 24 i nast.) tym razem obejmującą spostrzeżenia na 34 osobach wykonane, a dotyczące różnych postaci chorób rdzeniowych, z których 22 przypadki samego wiądu rdzenia. Odtąd literatura tego przedmiotu znacznie urosła, a nie ma dziś prawie chirurga, któryby metody Langenbucha nie próbował, chociaż w ogólności przyznać należy, że rzadko komu tak szczęście służyło, jak samemu wynalazcy. Czy we wszystkich operowanych przypadkach choroba postępowała dośrodkowo, czy w czasie operacyi organizm rozporządzał jeszcze pierwiastkami nerwowemi zdolnemi do funkcyjonowania i czy za pomocą operacyi dało się jeszcze te pierwiastki wzmocnić, i tym sposobem pewną rekompenzacyję sprowadzić, oto okoliczności, według których rezultat operacyi oceniać należy. Przypadki téj rozpaczliwéj choroby, dostające się pod nóż chirurga, są zwykle tego rodzaju, że już w nich nic nie mamy do stracenia, a nikt też przez operacyję nie zamierza usunąć choroby, lecz choćby tylko sprawić ulgę choremu, dla którego wszelkie wewnętrzne lekowanie bezskutecznem się okazało. Z tego już względu naciąganie wielkich pni nerwowych jest operacyją pożyteczną, zwłaszcza że sam rękoczyn przy dzisiejszéj metodzie leczenia ran nie jest niebezpiecznym. Że zaś i pod względem ściśle naukowym da się usprawiedliwić, zatém, mimo protestu niektórych neurologów, zdaje się przemawiać doświadczenie Brown-Séquarda, (*Gaz. méd. de Paris*, 1881. 5.) który przeciął żywemu królikowi rdzeń pacierzowy i gdy skutkiem tego powstała znaczna bezczułość przeciwległéj nogi zadniéj, Brown-Séquard naciągnął nerw kulszowy téjże zbezczulonéj strony, poczém czucie wróciło.

Porażenia i zbezczulenia odnóg, skutkiem ciśnienia odłamków kostnych na rdzeń pacierzowy po podskórnych złamaniach kręgów, także już były przedmiotem operacyjnego leczenia, jużto za pomocą naciągania (F. König) już téżto za pomocą resekcyi odłamków (Lauenstein *D. med. Wochenschrift* 1886. 24. Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa lek. hamburskiego z d. 29 czerwca 1886.). W obu razach nastąpiło znaczne polepszenie.

Nadmienić mi jeszcze wypada, że Langenbuch wykonał naciąganie nerwów w kilku przypadkach świerzbiączki u starców z dobrym skutkiem. Przypominam wreszcie, że cały szereg nerwic podlega chirurgicznemu leczeniu, a za przykładem Hacka każdy specyjalista chorób nosowych ma coś do opowiedzenia o téj lub owéj formie nerwicy zwrotnéj, uleczonéj za pomocą „przypalania w nosie“, którato operacyja dziś u publiczności naszéj prawie modną się stała. Ogłaszają też rzeczywiście zdumiewające rezultaty: toż niedawno czytaliśmy o wyleczeniu choroby Basedowa za pomocą przyżegania ciał jamistych nosa. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania

Patologija.

Virchow: O obrzęku śluzakowym (Myxoedema) (Według wykładu w berlińskiém Tow. Lek. d. 2 lutego b. r.)

Sprawa chorobowa w mowie będąca zajęła najpierw Towarzystwo klinicystów londyńskich, dopiero w ostatnich kilku miesiącach zaczęły się pojawiać spostrzeżenia odnośne, ogłaszane przez autorów niemieckich. Ta okoliczność, jak niemniej to, że wiadomość o obrzęku śluzakowym nie jest dotąd wcale rozpowszechnioną, skłoniły Virchowa do zabrania głosu w téj sprawie i do zwrócenia uwagi świata lekarskiego na tę nową jednostkę patologiczną.

Zapatrywania na fizyjologiczną czynność gruczołu tarczykowego są do ostatnich czasów podzielone. Badania podjęte niedawno przez Horsleya w Anglii, skłoniły tego autora do pomieszczenia gruczołu tarczykowego na nowo w rzędzie narządów, wywierających wpływ na mieszaninę krwi, badania te jednak zasługują jeszcze z tego powodu na szczególną wzmiankę, że wykazują związek zachodzący pomiędzy gruczołem tarczykowym a sprawą chorobową, którą Ord w Londynie nazwał obrzękiem śluzakowym. Nazwa ta określa zmianę najbardziéj cechującą ów stan patologiczny, a mianowicie obrzęk twardy zajmujący lica, powieki, skrzydła nosa, wargi, schodzący często na szyję, ramiona i ręce. Przypadki podobne opisał Charcot pod nazwą *Cachexie pachydermique*, a treść obrzęku różni się od puchliny tych części wielką ilością mucynu, napotykanego stale w tworach obrzęku śluzakowego. Na preparatach drobnowidowych można się przekonać o bujaniu tkanki łącznéj, o pomnożeniu jąder i dzieleniu się komórek, tak że zwiększenie się objętości tkanin przypisać należy pomnożeniu się składników komórkowych. Jestto szczegół, który odróżnia stanowczo obrzęki śluzakowe od spraw biernych, wstecznych a mianowicie zanikowych, a nadaje im cechę spraw niejako czynnych, zbliżonych do spraw zapalnych.

Powierzchnia skóry nie bierze nigdy udziału w tych przemianach, zajmujących przedewszystkiem tkankę podskórną a tutaj wychodzących z pasm tkanki łącznéj. Cała sprawa chorobowa przypomina najwięcéj stany chorobowe zwane przez dawniejszych patologów: *Phlegmasia alba non dolens* lub *Leucophlegmasia.*

Na podstawie badania preparatów mikroskopowych nie można określić gdzie się właściwie gromadzi mucyn i jaką gra rolę wśród powstawania obrzęków śluzakowych. Horsley jednak wykazał zapomocą doświadczeń czynionych na małpach, którym wycinał gruczoły tarczykowe, że takowe popadają w stan osobliwy, któryby nazwać można mucynaemiją, w krwi bowiem tych małp wykazywał chemik Halliburton mucyn w ilościach 0·35 do 0·8‰, podczas gdy krew zwierząt nieoperowanych nie zawiera ani śladu mucynu. Horsley twierdzi daléj, że po wycięciu gruczołu tarczykowego zwiększa się uderzająco ilość mucynu w ślinie z gruczołu przyusznego, a w skórze, ścięgnach i mięśniach można również wykazać zwiększenie się ilości tego wytworu.

Te spostrzeżenia skłaniają Horsleya do twierdzenia, że gruczoł tarczykowy odgrywa w ustroju rolę regulatora przemiany materyi, i że zadanie tego narządu polega w szczególności na pośredniczeniu w przemianie istót białkowatych na produkta rozkładowe, po odjęciu zaś gruczoła tarczykowego ustaje owo pośredniczenie, w skutek tego też ciała białkowate nie dochodzą do ostatecznych granic swego rozpadu lecz pozostają w postaci produktu pośredniego, t. j. mucynu.

Horsley dowodzi daléj, że krew przeładowana mucynem wywiera przedewszystkiem wpływ niekorzystny na ośrodki mózgowe, tym sposobem powstaje szereg zboczeń w zakresie czynności umysłowych, który ma wiele podobieństwa do matołectwa. Ludzie dotknięci obrzękiem śluzakowym z jednéj, a małpy operowane z drugiéj strony przedstawiają wiele podobieństwa do siebie. Chorzy siedzą jakby odrętwieli, zgięci ku przodowi, nie biorą udziału w tém co ich otacza, na pytania odpowiadają wprawdzie lecz dopiéro po chwili i

to głosem przytłumionym jąkając się. Te spostrzeżenia świadczą, że mózg tych ludzi spełnia wprawdzie swoje zadanie lecz nie bez przeszkód a przyczyną nieprawidłowości ma być niestósowna i chorobowo zmieniona mięszanina krwi.

Że pewne zmiany w gruczole tarczykowym towarzyszą bardzo często nieprawidłowościom w zakresie psychicznym, jest faktem od dawna stwierdzonym. Dawno już spostrzeżono, że endemiczny przerost gruczołu tarczykowego czyli wole zdarza się najczęściej w tych samych okolicach, gdzie są stosunkowo licznemi przypadki matołectwa. I na odwrót spotyka się sporadyczne przypadki wola obok sporadycznych przypadków matołectwa, a nadto spostrzeżono we Włoszech, a zwłaszcza w Sardynii pewną odmianę kretynów nader podobnych do osób dotkniętych obrzękiem śluzakowym. Do wrodzonych nieprawidłowości zalicza się stan zwany „krzywicą wrodzoną“ niemający nic wspólnego ze zwykłą krzywicą a odznaczający się tém, że nieprawidłowościom w rozwoju kości towarzyszą nieprawidłowości w gruczole tarczykowym lub nawet brak tegoż. Zmiany w kostnieniu podstawy czaszki bywają przyczyną niedostatecznego rozwoju lub zaniku przysadki mózgowéj: narządu o utkaniu gruczołowém i podobném do utkania gruczołu tarczykowego, co do znaczenia którego i czynności fizyjologicznéj nic się dotąd nie wié.

Jak widać z niniejszego streszczenia zestawił Virchow w wykładzie swoim szereg faktów, które mają wspólną oś w gruczole tarczykowym lub w zmianach tego narządu. Autor świadom jest tego, że wzajemny związek tych faktów nie jest wcale wykazanym i że wykład jego jest właściwie streszczeniem i zestawieniem różnych spostrzeżeń luźnie dotąd stojących, ale jak sam w końcu podaje celem jego nie było tym razem przedstawienie słuchaczom obrazu nowéj zmiany chorobowéj wraz z wszystkiemi odnośnemi szczegółami, lecz jedynie zwrócenie uwagi szerokich kół lekarskich na badania będące w toku aby tym sposobem pomnożyć liczbę spostrzeżeń i przyspieszyć wykończenie tego nowego rozdziału w patologii ludzkiéj. Jakkolwiek mogłoby się zdawać, że przedmiot w mowie będący ma znaczenie ściśle naukowe, to jednak uwagi Virchowa zamieszczone w tym wykładzie, a odnoszące się do t. z. *cachexia strumipriva* Kochera i do choroby Basedowa dowodzą, że ta rzecz ma również doniosłe znaczenie praktyczne. Obydwa te stany chorobowe stanowią dotąd nie we wszystkich szczegółach znane i zbadane jednostki patologiczne, a że pewien związek pomiędzy niemi a obrzękiem śluzakowym przecież z czasem da się wykazać w to wątpić nie można. (*Berliner klin. Wochenschr. 1887.* Nr. 8.)

Σ.

Choroby wewnętrzne.

Dr. Landgraf: **O kateteryzacyi dróg oddechowych.** (Z kliniki prof. Gerhardta).

Zachęcony doświadczeniami Reicherta, który za pomocą swego przyrządu stosował środki lecznicze do tchawicy lub oskrzela prawego i lewego, L. u chorego z domniemaném zwężeniem lewego oskrzela starał się zastosować kateteryzacyję w celu mechanicznego leczenia tego zwężenia. Chory ten przedstawiał wszystkie objawy, które przemawiały za zwężeniem oskrzela lewego, a że przed 12 laty przebył kiłę, uzasadnioném więc było podejrzenie blizn w oskrzelu, które sprowadziły to zwężenie — tém bardziéj, że z wyjątkiem nieznacznego i ograniczonego stłumienia nad rękojeścią mostka nie było żadnych objawów tętniaka. Od czasu do czasu chory ten miewał silne napady duszności i nieraz zachodziła słuszna obawa, że w takim napadzie chory się udusi. Zastosowano wcierania z maści szaréj obok wewnętrznego używania jodku potasu, lecz wkrótce musiano ich zaniechać, ponieważ skutku żadnego po nich nie było, lecz przeciwnie chory na siłach podupadł i czuł się gorzéj. Napady duszności coraz częściéj się powtarzały i trzeba było chwycić się kateteryzacyi, jako środka, który jeszcze dawał nadzieję, że w ten sposób zwężenie zostanie usunięte. Po znieczuleniu krtani 20% rozczynem kokainu, a tchawicy 10% rozczynem zaczął L. co 2—3 dni wprowadzać kateter angielski, przypuszczając, że w ten sposób wynajdzie przedewszystkiém miejsce zwężone, a następnie wprowadzając coraz to grubsze katetery rozszerzy oskrzele zwężone. Chory zabieg ten znosił dobrze, czuł się po każdéj takiéj kateteryzacyi lepiéj i dla tego domagał się częstszego stosowania kateteru. Napady duszności bywały coraz rzadsze, a w końcu zupełnie ustały — tak że od 7 paźdź., t. j. pierwszéj kateteryzacyi do 20 marca miał napadów 8, a od 20 marca już ani jednego. Stan chorego znacznie się przytém poprawił, chory mógł swobodnie wszelkie ruchy wykonywać i nie doznawał przytém żadnych dolegliwości. W obec więc tego rozpoznanie zdawało się być pewném i chory ten jako uleczony był przedstawiony w klinice dnia 18 listopada. Należy jeszcze dodać, że początkowo kateter wchodził na 28 cm., a późniéj nawet na 36 cm. — licząc od zębów. Tymczasem dnia 23 listopada chory dostaje gwałtownego napadu duszności, z którego już nie mógł przyjść do siebie, a d. 25 listopada w klinice umarł. Oględziny pośmiertne wykazały tętniak aorty zstępującéj, który uciskał lewe oskrzele. L. pomimo tego pierwszego niekorzystnego zejścia zaleca kateteryzacyję w zwężeniach tchawicy lub oskrzeli z powodu blizn kiłowych, jak również stosowanie za pomocą kateteryzacyi środków leczniczych w przypadkach owrzodzeń lub ropienia w tchawicy i oskrzelach. Przed każdą jednak kateteryzacyją należy zupełnie znieczulić krtań rozczynem kokainu. (*Berl. Klin. Wochschr.* 1887, Nr. 6).

Dr. J. Surzycki.

Dr. Gehrman: **Systematyczne odzwyczajanie się od środków przeczyszczających.**

Dr. G. przypisuje wiele chorób nerwowych ciągłemu używaniu środków czyszczących, szczególnie u dzieci i osób młodych. Chcąc więc takie osoby odzwyczaić od ciągłego używania tych środków G. przeprowadzał osobne w tym celu leczenie. Przedewszystkiém chorym takim nie wolno było jeść chleba, bułek, pokarmów mącznych, jarzyn i kartofli. Za to kompoty i owoce w miernéj ilości mógł chory spożywać. Wolno mu więc było ze stałych pokarmów jeść mięso i to nietłuste, jaja, ryby i sér — z płynnych zaś kawę, herbatę (nawet u nerwowych), kakao, bulijon i wino białe. Wzbroniono mu nadto: mleka, wina czerwonego i wszelkich napoi wyskokowych. W lżejszych przypadkach stosowano przytém 2—3 razy dziennie rozcierania brzucha balsamem Hoffmanna, w cięższych zaś używano *Ol. Hyoscyam coct. c. Chloroformio āā* i następnie na cały brzuch dawano ceratę gutaperkową. W jeszcze cięższych przypadkach nadto stosowano 2 razy na dzień gorące worki z piasku na cały brzuch. Wewnętrznie podaje się albo *Tinct. chin. comp.*, albo *Tinct. cort. aurant.* po 30—40 kropli przed każdém jedzeniem lub też *Pulv. radd. Rhei chin. 1·0, Extr. Trifol. fibr. q. s. ut f. pil. 10*, z tego jednę pigułkę przed obiadem. Podczas całéj kuracyi brzuch powinien być obwinięty opaską wełnianą. Kuracyja taka trwa do 4—6 tygodni i w tym czasie powoli przechodzi się do innych pokarmów i coraz mniéj podaje się środka przeczyszczającego. Jak tylko bez środka czyszczącego

nastąpiło dwukrotne wypróżnienie, wtedy można choremu pozwolić nieco chleba, potém i mleka i jarzyn, ale w niewielkiéj ilości i w ten sposób przechodzi się do zwykłego pożywienia. Naturalnie, że należy działać na chorych i psychicznie, uprzedzając ich, że z początku stolce nastąpią zaledwie co 3—4 dzień. We wszystkich przypadkach osłabienia przewodu pokarmowego rezultat takiéj kuracyi był bardzo dobry — tylko gdzie zmiany w jelitach były znaczniejsze tam i podobne leczenie pozostawało bez skutku. *(Berl. Klin. Wochschr.* 1887 Nr. 6). *Dr. J. Surzycki*

Chirurgija.

Prof. Vian (w Paryżu): **O znieczulaniu miejscowém zapomocą wstrzykiwań kokainy i kwasu karbolowego w dziąsła, w celu wyjmowania zębów.**

W październikowym zeszycie czasopisma dentystycznego *„l'Odontologie“* opisuje prof. Vian sposób znieczulania miejscowego, za pomocą kokainy i kw. karbolowego, zasługujący w każdym razie na uwagę i dla tego pozwalam sobie w krótkości podać treść tego artykułu.

Pomimo zdania licznych powag, że kokaina nie zdobędzie sobie nigdy prawa obywatelstwa w dentystyce, rozpoczęło kilku profesorów szkoły dentystycznéj w Paryżu doświadczenia z kokainą. Między innymi widział prof. Aubeau, po użyciu tego środka, niemałe korzyści, gdyż używając tamponów zwilżonych rozczynem 5—7% kokainy, a następnie zamrażając eterem dziąsła wywoływał w zapaleniach ostrych okostny, znieczulenie zupełne (*l'Odontologie*, Styczeń 1886).

Witzel sprowadza ogólną anestezyję; lecz na 8 przypadków w dwóch wystąpiły bardzo niepokojące zaburzenia ogólne. Vian tedy zastanawiał się nad tém, czyby się nie dało oznaczyć najmniejszéj dawki kokainy, któraby sprowadzała znieczulenie, bez wywołania groźnych następstw?

Dr. Aubeau wstrzykiwał rozczyn 5% t. j. cała wstrzykawka zawierała 5 centigr., atoli w tych przypadkach, gdzie korzenie były mocno osadzone, lub wyjęcie zęba trudne, znieczulenie okazywało się niedostateczném.

Telschow wstrzykiwał 10 centigr., dawkę bardzo silną, rezultat był dobry co do operacyi, lecz w bardzo wielu przypadkach pojawiły się groźne zaburzenia ogólne.

Wśród ciągłych doświadczeń nad oznaczeniem najmniejszéj dawki kokainy nasunęła się myśl Vianowi, połączenia kokainy z innym środkiem miejscowo znieczulającym, któryby powiększył działanie kokainy bez wywołania ogólnych zaburzeń. Tym środkiem jest kw. karbolowy, a własności jego znieczulające są ogólnie znane. Wiadomém jest, że w przypadkach, w których podniebienie jest przy dotyku tak drażliwe, że o wzięciu odcisku nie można myśleć (w celu wprawienia zębów), gdyż chory dostaje zaraz nudności, zalecane płukanie wodą karbolową w krótkim czasie podniebienie znieczula, a dotknięcie nie sprawia więcéj nudności! W jednym tylko przypadku smak był przez parę godzin upośledzony. Opierając się na powyższych zasadach przyrządził Vian rozczyn z 2-ch gramów kw. karbolowego krystal. na 100 gram. wody destyl. i wstrzyknął lek pomieniony po 50 centigr. p. d. dwom pacyjentom w dziąsła; nastąpiło znieczulenie dostateczne do przecinania i nacinania dziąseł, bez wywołania bólu. Przekonał się tedy, że znieczulenie dziąseł kw. karbolowym bardzo jest podobne do anestezyi wywołanéj przykładaniem tamponów zwilżonych rozczynem kokainy. Po tém doświadczeniu próbował zmięszać kokainę z kw. karbolowym i w tym celu wziął: 1 część kwasu karbolowego i 2 części kokainy, ogrzawszy lekko tę mięszaninę otrzymał ciecz ulepkowatą woni kw. karbolowego. Przyłożywszy trochę téj cieczy na dziąsło lub język uczuł z początku ciepło i smak kw. karbolowego; po kilku sekundach smak kw. karbolowego znikał, a pozostawał tylko smak kokainy; język zaś był zupełnie znieczulony. Miał więc połączenie, które odpowiadało jego wymaganiom. Rozpoczął tedy Vian doświadczenia w następujący sposób biorąc 1) *Acid. carbol. crystal. 2,0 Aq. destill. 100,0.* 2) *Cocain. hydrochl. 0,05. D. tal dos. X.* Już przed użyciem rozpuszcza 5 centigr. kokainy w 50 centigr. rozczynu kw. karbolowego. Połowę tego płynu wstrzykuje zwolna w dziąsła po stronie wargowéj, a drugą połowę po stronie językowéj lub podniebiennéj; i to w miejscu, będącém pomiędzy szyjką zęba a domniemanym końcem korzenia, mniéj lub więcéj 2 — 3 mm. nad tym końcem. Palec lewéj ręki trzyma na miejscu nakłutém, ażeby nic z płynu nie wyciekło. Następnie zakłada tampony z waty, ażeby zapobiedz dostaniu się leku do przewodu pokarmowego lub do tchawicy, poczem poleca popłukać usta. Po 3 minutach dziąsła są zupełnie znieczulone, a głębokie nawet ukłucie nie sprawia żadnego bólu. Pomiędzy 5-tą a 6-tą min. wyjmuje ząb.

Skutek tego postępowania jest zawsze zadowalający, i nigdy nie powstają zboczenia ogólne. Wstrzykiwał nawet u jednéj i téj saméj osoby dwa razy i na jednem posiedzeniu kokainę, biorąc po 5 centigr. na każdą stronę, jeżeli z obu stron zęby były do wyjęcia; a więc razem 10 centigr. i również bez żadnych złych następstw. Dotąd operował w ten sposób 71 osób zawsze z jak najlepszym skutkiem — nawet dzieci od 7-miu lat.

Takim jest sposób znieczulania prof. Viana, który mnie bardzo zajął, a to tém więcéj, że od dawna było jedyném mojém życzeniem, wywołanie miejscowego znieczulenia podczas ekstrakcyi, jako najodpowiedniejszego dla téj właśnie operacyi. Dla tego rozpocząłem zaraz doświadczenia, których wypadek podaję. W powyższy sposób wyjąłem dotąd: 51 zębów; w 37 przypadkach ekstrakcyja odbyła się bez najmniejszego bólu, w 10 przypadkach ból był bardzo mały, w 4 przypadkach bolało wyjęcie zęba. Zastanowiwszy się bliżéj nad temi 10 przypadkami, w których miał powstać ból mały, jakkolwiek chorzy nie krzyczeli,, zaliczyć by je można do przypadków pomyślnych, gdyż na zapytanie moje, czy bolało, chorzy odpowiadali: „troche“ — „bardzo mało“ — „prawie nic“ i t. p. Otóż trzeba pamiętać, że chory jest przytomny, a zatém wie, jak mu się ząb luksuje, — ale bólu nie czuje. W liczbie wyjętych zębów i korzeni były niektóre bardzo trudne do wyjęcia; niektóre zaś tak mocno osadzone, że trzeba było wielkiéj używać siły do ich wydobycia; gdyż z zębami chwiejącemi się nie robiłem doświadczeń. Co do 4 przypadków, w których wyjęcie zęba bolało, przypisuję to niedokładnemu wstrzyknięciu płynu, tém bardziéj, że zdarzyły się one na początku doświadczeń; w ostatnich 2 tygodniach, wszystkie przypadki były pomyślne.

Przy téj sposobności niech mi będzie wolno zrobić uwagę, że skutek znieczulenia zależy od dobrego wstrzyknięcia i nawet do tego rękoczynu trzeba mieć nieco wprawy. Przedewszystkiem igła powinna być bardzo ostra i cienka, wstrzykiwać należy powoli, ażeby wszystko weszło. Nie potrzebuję dodawać, że strzykawkę należy po każdorazowém użyciu wypłukać, a igłę odwietrzać. Wreszcie oczyszczam zwykle miejsce, w które lek wstrzykujemy, zwitkiem bawełny; a jeżeli w jamie ustnéj są inne zmiany chorobowe, zwitkiem zmaczanym w rozczynie sublimatu. Jak dotąd nie uważa

lem żadnych złych następstw z użycia wstrzykiwań znieczulających.

W końcu pozwolę sobie wspomnieć o przypadku, który mi się zdarzył przed paru dniami. Pacyjentowi 16 letniemu, miałem wyjąć ząb dwukłciowy drugi, w szczęce górnéj, po stronie prawéj. Ponieważ ząb był mocno osadzony, chory się bał, a ekstrakcyja byłaby rzeczywiście bolesną, — przeto użyłem kokainy z kwasem karbolowym. Po 3 minutach dziąsła były zupełnie znieczulone i po 5-ciu minutach wyjąłem ząb. Mimo wezwania, ażeby sobie usta wypłukał, chory siedział nieruchomy z otwartemi ustami, źrenice znacznie rozszerzone, puls normalny; dopiero po drugiém zawołaniu chory się ocknął, i zaraz przyszedł do siebie, nie wiedząc nawet, że ząb już był wyjęty.

Na zasadzie tedy moich dotychczasowych doświadczeń śmiało twierdzić mogę, że kokaina zajęła znakomite miejsce w dentystyce, gdyż jako środek miejscowo znieczulający przewyższa wszystkie dotąd używane leki, a uwzględniając korzyści, jakie z zastósowania tego nowego środka osiągamy, mianowicie, że chory nieczując bólu siedzi spokojnie, co znów ułatwia wyjęcie zęba z tém większą pewnością, muszę go wszystkim kolegom zawodowym jak najgoręcéj polecić.

Doc. Dr. Goebel.

Psychijatryja.

Lehmann: **O korzystnym wpływie chorób fizycznych na przebieg chorób umysłowych.**

L. opisuje dwa przypadki chorób fizycznych u osób dotkniętych chorobami umysłowemi i stara się udowodnić, że wyleczenie zboczenia umysłowego w obu tych przypadkach przypisać należy przebytéj chorobie a mianowicie w przypadku pierwszym zapaleniu różycowemu skóry na głowie, w przypadku drugim krwotokowi żołądkowemu. Spostrzeżeń tego rodzaju jest bardzo wiele, najczęściéj miały zbawienny wpływ wywierać choroby ostre gorączkowe, dotąd jednak nie ma jeszcze jedności zapatrywań co do sposobu w jaki następuje ów korzystny wpływ. Rath, Griesinger, Liebermeister i inni przypuszczali, że jad durzycowy ma wywoływać w pierwocinach mózgowych pewną zmianę bliżéj nieokreśloną, która ma za następstwo korzystną zmianę stanu umysłowego, takie same własności możnaby przypisać jadowi różycowemu. Autor jednak jest skłonniejszy do przypuszczenia, że w tych przypadkach raczéj gwałtownym zmianom przypisać należy ów wpływ zbawienny, albo też zgodnie z Fiedlerem położyć to działanie na karb towarzyszącego stanu gorączkowego.

W drugim przypadku opisanym przez L., w którym znaczny krwotok żołądkowy sprowadził wyleczenie umysłowo choréj, przypuszcza L., że zapewne znaczna niedokrewność mózgu sprowadziła równowagę w czynnościach psychicznych, albo też w korzystnym zwrocie pośredniczył pewien wstrząs układu nerwowego. (W każdym razie opisy autora stanowią cenne przyczynki kazuistyczne, na podstawie których będzie można może w przyszłości zbliżyć do rozwiązania pytania co do związku przyczynowego pomiędzy przebiegiem choroby fizycznéj a umysłowéj. To jednak pewna, że nie wszystkie przypadki dotąd ogłoszone, będzie można w przyszłości zużytkować celem ustanowienia pewnych prawideł gdyż, wyleczenie z choroby umysłowéj może nie stać w żadnym związku z chorobą fizyczną, która wyzdrowienie poprzedziła. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie* T. 43 z. 3, 1886). *Dr. Schaitter.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 5 listopada 1886.

Obecni: koledzy prezes Kaczorowski, Koszutski, Chłapowski, Kapuściński, Jerzykowski, Stan i sekretarz.

Kol. Koszutski podnosi częste zapalenia gardła, pomiędzy temi i dyfteryjne, ze skutkiem leczone zapomocą metody swojéj kalomelowéj. Daléj widuje często przypadki szkarlatyny saméj i powikłanéj z dyfteryją, w któréjto chorobie antipiryn znakomite oddaje mu usługi. Kol. Wicherkiewicz podnosi skuteczność tego środka w ponawiających się chwilowo dość często nerwobólach nerwu troistego. Już dawki 0,5 grama 2 razy dziennie podawane wystarczają częstokroć do usunięcia zupełnego lub chwilowego silnych nawet bólów. Kol. Koszutski przypomina, iż Gołębiowski poleca antipiryn przeciw gośćcowi. Kol. Kaczorowski uważał, że pod wpływem środka tego w zapaleniach płuc przez innych lekarzy przepisywanego gorączka bardzo rączo ustępowała, ale że równocześnie chorzy łatwo objawom duszenia się ulegali. Kol. Jerzykowski podaje w zapaleniach wewnątrz-macicznych popołogowych antipiryn rano i wieczorem trzy razy co godzina po 1 gramie i chwali skuteczność. Kol. Stan podał choremu dotkniętemu różą 2 gramy antipirynu, który wywołał wymioty bardzo silne, uśmierzone dopiero jodkiem potasowym.

Kol. Kaczorowski wspomina o pracach Powera i J. Połloka (the Lancet 15/5 i 6/3 1886) odnoszących się do kilku epidemij płonicy, których pojawienie się odnieść było można do mleka pochodzącego od krów, u których na wymionach znaleziono pokłady grzybków składających się z rodzaju *streptococcus.* Doświadczenie to jest przestrogą, ażeby mleka surowego nie używać.

Następnie kol. Chłapowski wspomniał o przypadku nader ciekawym bąblowicy płuc, nad którą w 1879 r. w Berlinie miał sposobność robić swe spostrzeżenia. Kobieta średniego wieku którą uważano za suchotnicę na podstawie objawów płucnych, nadzwyczaj wychudła, dostaje krwioplucia, a przywołany kol. Ch. znalazł w wyplutéj krwi ślady bąblowca. Podał więc choréj środki wymiotne, pod wpływem których dużo bąblowców wyrzuconych zostało, które kol. Ch. przedłoży łzgromadzeniu. Chora zaczęła szybko przychodzić do sił i po niejakimś czasie zupełnie wyzdrowiała.

Daléj mówił kol. Chłapowski o porażeniach wtórorzędnych rdzeniowych. Kol. Ch. poprzedza opis „przypadku porażenia odruchowego wywołanego cierpieniem chroniczném kanału pokarmowego“ poglądem na tworzenie się teoryi porażeń zwrotnych czyli odruchowych powstałéj w Anglii, rozwiniętéj następnie w Niemczech z uwzględnieniem fizyjologicznych doświadczeń robionych w ostatnich czasach dla wytłumaczenia przenoszenia się zapaleń przez nerwy odnośne z organów drażnieniu i zapaleniu uległych na ośrodki i zatrzymuje się szczególnie nad doświadczeniami Feinberga z Kowna i Klemma z Królewca. Przytoczywszy daléj opisywane przypadki nieuleczonych porażeń następnych przy cierpieniach dróg moczowych, w którychto przypadkach badanie pośmiertne zwłok przekonało o takiém przeniesieniu zapalenia przez nerwy pęcherzowe na odnośne części rdzenia, przechodzi następnie do bardziéj przemijających objawów porażeń następnych przy cierpieniach kanału pokarmowego, obserwowanych pierwszy raz przez Gravesa, a w ogóle dosyć częstych, dających się wytłumaczyć odruchowém porażeniem nerwów naczynioruchowych. Następnie opisuje szczegółowo w podobny sposób dające się wytłumaczyć porażenie przemijające poprzeczne albo połowicze, tak często się zdarzające u osób cierpiących na krwawnice, t. z. *irritatio spinalis abdominalis.* Zmienność objawów w tych ostatnich, zależność wielka natężenia tych objawów od wpływów zewnętrznych, i od energii woli chorego, zwykle hipochondrycznie usposobionego, wystarcza do scharakteryzowania i odróżniania tych t. z. dyspeptycznych porażeń od trwałych, na zmianach organicznych polegających. W przypadku tyczącym się mężczyzny rosłego, muskularnego (dyrektora żeglugi parowéj) w sile wieku dawniéj zawsze zdrowego, od 3 lat cierpiącego na nieżyt kiszki grubéj, a następnie na jej atonię,

chory przedstawiał także przemijające paraplegiczne objawy do tego stopnia, że o pewnych godzinach dnia zupełnie chodzić nie mógł. Prócz tego zauważyć było można wyraźną z czasem rozwiniętą atrofiję odnóg dolnych w porównaniu do reszty muszkulatury; atrofija ta uderzała mianowicie u odnogi dolnéj prawéj. U chorego tego inne przyczyny powstania porażenia jako też brak energii woli można było wykluczyć. Pobyt 8 tygodniowy w Kissingen, leczenie przyczynowe, mające na celu polepszenie czynności żołądka i kiszek, a nadto leczenie wprost skierowane ku usunięciu następnego porażenia za pomocą kąpieli, ortopedyi, międzenia i faradyzacyi, osiągnęły skutek dodatni. Chory nietylko już sam chodzić mógł swobodnie, ale nawet w przeciągu kilku tygodni objętość łydki i uda, mianowicie po prawéj stronie, o parę cm. wzrosła. Z leków wewnętrznych podawano choremu przytem ergotynę. Pytanie, czy w tym przypadku obok zmian przemijających w naczyniach odnośnych części rdzenia a zależnych od podrażnienia błon śluzowych kanału pokarmowego i od zastoju w żyłach hemoroidalnych i t. p przypuszczać należy stałe zmiany w rdzeniu samym lub tylko w tkance łącznéj otaczającéj twardą oponę rdzenia (*peripachymeningitis*), było w obec niedostatecznych dat anamnestycznych, dotyczących najpierwszych objawów porażenia, którego następstwem był zanik mięśniowy, nierozstrzygniętém, choć z przebiegu pomyślnego przypuszczaćby wypadało, że do zaniku mięśniowego doprowadziło tu jedynie przeniesienie się zapalnego procesu przez nerwy do tkanki przyoponowéj rdzenia (*Neuritis et Peripachymeningitis*).

Kol. Kaczorowski wspomina, że podobne do przytoczonych przez prelegenta przypadków spostrzega w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia, a chwilowo ma pod opieką cztery, z których zda sprawę na następném posiedzeniu. Nadto podnosi, że drażnienie płciowe, mianowicie u kobiet. wywoływać może porażenie zwłaszcza dolnych odnóg.

Kol. Wicherkiewicz mówi o sposobie powstawania jaskry zapalnéj z jaskry prostéj przez działanie atropinu i przytacza przypadek, niedawno przez siebie obserwowany, gdzie przy chwilowym braku wszelkich objawów jaskrawych w oku dotkniętém zaćmą, w skutek któréj wzrok obniżony był tak dalece, że chora, 66 letnia żydówka, rozpoznawała tylko palce bezpośrednio, wywołał typową zapalną jaskrę przez zapuszczenie kropelki 1/2 % roczczynu atropinowego, dokonane w celu zbadania rozwoju zaćmy. Przez zastrzykiwanie częste ezerynu, głównie zaś przez podskórne zastrzyknięcie morfinu, udało się kol. W. usunąć zupełnie stan zapalny jaskry, poczém wzrok osiowy podniósł się do 6/18 Hp. 2,25.

Na zakończenie podnosi prelegent skuteczność w podobnych razach równoczesnego działania ezerynu i morfinu i tłumaczy sposób działania atropinu, ezerynu i morfinu na napięcie wśródgałkowe.

Kol. Koszutski zapytuje się prelegenta, czy atropin, który zalecany bywa w zapaleniach skrofulicznych rogówki i w zapaleniach tęczówki u dzieci, i w tych przypadkach podobne do opisanych wywołać może zaburzenia. Kol. Wicherkiewicz tłumaczy, że lubo atropin w wielu razach u osób młodych i starych sprawić może nawet w małych dawkach intoksykacyje, to jednak wpływ, o którym w wykładzie swoim wspomina, odnosi się tylko do ócz, w których sprawa jaskrowa (ukryta) przygotowała zmiany w oku sprzyjające powstaniu jaskry ostréj po zapuszczeniu atropinu. Zmiany te polegają, zdaniem prelegenta, na przesunięciu całéj soczewki, a z nią i tęczówki ku rogówce a to w skutek większego naprężenia w tylnéj części gałki. Gdy w takim stanie atropin dostanie się do oka, tęczówka cofająca się ku obwodowi, ku kątowi przedniéj komórki, zatyka przewód Fontany i utrudnia albo znosi krążenie płynów ocznych.

Dr. B. Wicherkiewicz.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie X w dniu 30 grudnia 1886.

Przewodniczący kol. Korczyński.

Obecni: Członkowie Komisyi przemysłowéj: Mikulicz, Cybulski, Jaworski; Członkowie Komisyi balneologicznéj: Ściborowski, Olszewski, Mars, Skórczewski i Surzycki; członkowie komitetu wystawy krajowéj: Baraniecki, Jordan, Lutostański, Stockmar, jak niemniéj Murdzieński i Walentowicz.

I. Przewodniczący zawiadamia, że wraz z przewodniczącym Komisyi balneologicznéj wniósł przedstawienie do Komisyi fizyjograficznéj Akademii Umiej. o potrzebie systematycznego badania chemicznego w stanie dzikim znajdujących się i dotychczas pod względem składu chemicznego niebadanych zdrojów, wytryskujących na podgórzu karpackiém.

II. Tenże donosi, że udzielił jednemu ze znanych właścicieli browaru wyjaśnień co do fabrykacyi przetworów słodowych i otrzymał od niego zapewnienie, że tenże dążyć będzie wszelkiemi siłami do tego, ażeby wyrabiać przetwory słodowe lecznicze, któreby swoją dobrocią i taniością były w stanie zwalczyć konkurencyję takichże przetworów zagranicznych. Zanim przedsiębiorca ów rozpocznie fabrykacyję, uchwalono na wniosek Dra Murdzieńskiego upraszać tymczasowo gremijum aptekarzy krakowskich, ażeby popierało wyciąg słodowy wyrobu Trąbczyńskiego w Winiarach pod Kaliszem w miejsce podobnych wyrobów zagranicznych.

III. Co do mleczarni pp. Schönów w Mydlnikach po wysłuchaniu sprawozdań Dra Walentowicza o stanie obory i prof. Olszewskiego o wyniku badania chemicznego uchwalono porozumieć się co do kilku szczegółów z właścicielami mleczarni i sprawę tę jeszcze raz poddać pod dyskusyję i uchwałę.

IV. W sprawie wystawy krajowéj donosi przewodniczący, że komitet wystawy na posiedzeniu w dniu 6 grudnia 1886 r. na wniosek Dra Baranieckiego uchwalił, ażeby dla przedmiotów, wchodzących w zakres medycyny, farmacyi i balneologii, wystawić osobny pawilon, z zachowaniem podziału na poszczególne grupy wystawowe. Ponieważ jednak dyrektor wystawy oświadczył, że uchwały téj dla braku funduszów nie będzie mógł wykonać, a chodziło o to, aby w drukować się mających programach Wystawy przedmioty w zakres lekarski wchodzące były należycie uwidocznione, przeto podał Przewodniczący ewentualny projekt utworzenia osobnéj grupy, któraby w sobie mieściła przedmioty w zakres medycyny wchodzące, a zarazem zaproponował, które przedmioty musiałyby być z innych grup wykreślone, gdyby przyjść miało do utworzenia dla przedmiotów lekarskich osobnéj grupy wystawowéj zamiast osobnego pawilonu. Komitet wykonawczy Wystawy uchwalił utworzenie osobnéj grupy, nazwał takową grupą 26tą (przemysł w zakresie farmacyi, balneologii, higijeny, leczenia i pielęgnowania chorych). Skład téj grupy uchwalony został według ewentualnego wniosku Przewodniczącego Komisyi przemysłowéj a zarazem wykreślił Komitet wykonawczy Wystawy krajowéj przeważną część przedmiotów lekarskich, które według pierwotnego projektu Wystawy wchodziły w zakres wielu innych grup wystawowych.

Przedstawiwszy w ten sposób tok sprawy i nadmieniwszy, że program Wystawy krajowéj został już ostatecznie zredagowany i w znacznéj części już rozesłany, Przewodniczący prosi obecnych o powzięcie uchwał co do sposobów i kierunku, w jakimby popierać należało Wystawę krajową w zakresie ułożonego przez Komitet wystawy programu.

Po dłuższéj dyskusyi uchwalono upraszać kol. Jordana, jako członka Komitetu wykonawczego Wystawy, ażeby na najbliższém posiedzeniu Komitetu wykonawczego:

1. przeprowadził utworzenie sekcyi dla grupy 26éj wystawowéj z przeważném uwzględnieniem tych członków Komitetu ogólnego Wystawy, którzy z zawodu swego mają bliższą styczność z przemysłem lekarskim (Baraniecki, Grabowski, Jordan, Hoszard, Korczyński, Lutostański, Mikolasz i Stokmar),

2. aby wyrobił dla téj Sekcyi upoważnienie porozumiewania się z komisyją przemysłową i komisyją balneologiczną Tow. lek. krak., z gremijami aptekarskiemi a względnie uzupełnienia się członkami tychże ciał w zakresie prac przygotowawczych do urządzenia grupy 26éj (przemysłu lekarskiego) zmierzających, wreszcie

3. aby uzyskać w komitecie wykonawczym wystawy upoważnienie do ogłaszania odpowiednich odezw zachęcających i szczegółowego programu odnoszącego się do grupy przemysłu lekarskiego.

Wszelkie dalsze czynności, a zwłaszcza omawianie szczegółowego programu, odroczono aż do czasu, gdy Komitet wykonawczy Wystawy poweźmie uchwałę nad powyższemi wnioskami. W takim razie Dr. Baraniecki podejmuje się dalszego referatu.

V. Przewodniczący podnosi konieczność popierania Wy-

stawy higijenicznéj, która odbędzie się w Warszawie w maju r. 1887 i donosi, że do przedstawienia sprawy uprosił Dra Baranieckiego, który odczytuje referat zakończony kilkunastoma wnioskami, które w zasadzie przyjęto; szczegółową zaś dyskusyję z powodu spóźnionéj pory na najbliższe posiedzenie odłożono. Tymczasem uchwalono odnieść się *a)* do Tow. lek. krak. z prośbą, ażeby co do popierania wystawy higijenicznéj warszawskiéj upoważniło Komisyję przemysłową do działania w imieniu Towarzystwa lek. krak.; *b)* do Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, aby upoważniło Komisyję przemysłową do występowania w téj sprawie także w imieniu tegoż Towarzystwa, a to z têm zastrzeżeniem, że jeżeli Tow. lek. galic. uzna to za stosowne, delegować może swych członków do narad Komisyi przemysłowéj.

Za sekretarza *Dr. J. Surzycki.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Echinorrhynchus gigas. (Kolcopysk olbrzymi).

Podał Dr. A. Walentowicz.

Nadzwyczaj często zapadają nasze zwierzęta domowe i giną stadami na choroby mające pozornie charakter chorób zaraźliwych okolicowych. Przyczyną jednak tych chorób nie są drobnowidowe pasorzyty roślinne, lecz wielkie robaki, jak wnętrawce, tasiemce, motylice, obleńce i kołcopyski. Robaki te przebywają wiek młodociany w pewnych miejscowościach i przechodzą tam rozmaite fazy rozwojowe, żyjąc jako kijaneczki lub poczwarki w ciałach lub przewodach pokarmowych różnych owadów lub robaków znajdujących się w wodach stojących lub w ziemi. Ztamtąd już zwykle ukształcone i uzbrojone w smoczki lub haczyki dostają się z karmą lub wodą do przewodu pokarmowego naszych zwierząt domowych, gdzie jedne najczęściéj się usadawiają, drugie zaś rozchodzą się ztamtąd do innych narządów, a inne znów przebiwszy błonę śluzową jelit wędrują wzdłuż naczyń w tkance łącznéj szukając gleby przydatnéj do dalszego rozwoju. Znalazłszy takową, rosną, wykształcają się i zwykle dojrzewają płciowo na koszt swego chlebodawcy, który często, bądźto w skutek ogólnego wyniszczenia, bądźteż w skutek zajęcia ważnych dla życia narządów, ich pobyt śmiercią przypłaca. Śmiało rzec można, że niektóre z tych robaków zabijają nieraz więcéj zwierząt niż groźny prątek wąglikowy lub nosaciznowy. Mam tu na myśli wnętrawce żyjące w oskrzelach owiec, cieląt i świń, a przeważnie i ze szczególném upodobaniem u owiec (*Strongylus filaria*), dokąd jako embryony z żołądka napowrót przez przełyk do tchawicy i oskrzeli wwędrowały, niszcząc w skutek zajęcia i zapalenia oskrzeli całe stada tych ostatnich. Także motylica wątrobowa i lancetowata, wprowadzona z poidłem pochodzącém z moczar jako kijaneczka do żołądka naszych trawożernych zwierząt a ztamtąd przez dwunastnicę i przewód żółciowy do wątroby, jest przyczyną zaniku miąższu téjże a następnie charłactwa lub śmierci. Setki koni ginących rok rocznie na morzysko zawdzięcza śmierć swoję jednemu z obleńców (*Sclerostomum armatum*), który dostawszy się do przewodu pokarmowego przebija takowy, następnie wchodzi do tętnic krezkowych, wywołując zatory i tętniaki zawsze śmiercią konia się kończące. Przy końcu ubiegłego roku miałem sposobność obserwować taką chorobę stadną na kilkunastu świniach, dopędzonych do tutejszéj rzeźni. Stado liczące 16 sztuk świń rasy polskiéj, wychudłych, o brzuchach obwisłych, o powłokach zupełnie bladych, o błonach śluzowych widocznych prawie białych, robiło na znawcy wrażenie świń wągrowatych. Badanie za życia nie wykazało ani na więzadełku językowém ani na spojówce oka wągrów (*cysticercus cellulosae*). Po zabiciu jednak okazało się, że powodem tego charłactwa były wielkie robaki, które w niesłychanéj liczbie znajdowały się w jelicie cienkiém wszystkich świń tak, że na długość 1m. 50cm. wyciętéj kiszki naliczyłem bardzo silnie wbitych w ścianę jelita 85 sztuk. Błona śluzowa jelit znajdowała się w stanie chronicznego kataru, otrzewna zaś była zmętniała, licznemi płaskiemi złogami zorganizowanéj wypociny pokryta, jelita cienkie z sobą pozrastane. Po bliższém zbadaniu przekonałem się, iż wzmiankowane robaki należą do samoistnego rzędu *Acantocephali* (kolcopysków), do rodzaju *Echinorrynchus gigas* (kolcopysk olbrzymi). Pasorzyt ten, o ciele wydłużoném, obłém, barwy blado-różowéj, o płci rozdzielnéj, opatrzony na jednym końcu grubszym w ryjek bez żadnego otworu pyszczkowego, lecz uzbrojony 6ma rzędami twardych haczyków, nie posiada żadnego przewodu pokarmowego, natomiast dobrze wykształcone narządy płciowe. Składają się one u samca z dwóch jąder, przewodu nasiennego wchodzącego do pęcherzyków nasiennych i wysuwalnego opuszką opatrzonego prącia, u samicy zaś z bardzo obszernego $^2/_3$ całego ciała zajmującego jajnika, jajowodu prowadzącego do cewowatéj macicy, ztąd dojrzałe i zapłodnione jajka przez wąską szczelinę na zewnątrz wydzielone zostają. Długość samca wynosi 95cm., samicy dochodzi aż do 450mm. Oprócz narządów płciowych znajdują się wewnątrz ciała tak samca jak i samicy dwa cienkie listkowate gruczołowate z samych cewek złożone narządy, Lemnisci, poczynające się w ryjku a kończące ślepo w $^1/_3$ długości ciała, których jednak przeznaczenie nie jest dotychczas znane. Całe ciało otoczone jest skórą przepuszczającą, pod którą znajdujemy obfite naczynia chłonące, następnie mięśnie okrężające i podłużne. Aparat nerwowy składa się z jednego zwoju umieszczonego w ryjku, od którego rozchodzą się na dół dwa pnie nerwowe rozgałęziające się w mięśniach, naczyniach chłoniących i skórze. Pasorzyty wbijając ryjek w ściany jelita nieraz tak głęboko, że przebijają samą otrzewnę, ustalają się, rosną, dojrzewają płciowo i zapładniają się. Zapłodnione jajka odchodzą z kałem zwierzęcia macierzystego, z których po krótkim czasie wylęgają się maleńkie haczykami opatrzone embryony. Niezdolne jeszcze do rozmnażania się istoty nie pozostają na ziemi, lecz wchodzą do ciała pendraka chrząszcza majowego i tam w ciele tegoż otorbielając się oczekują pożarcia przez świnię, w których przewodzie szczyt rozwoju osiągają (Schneider). Kolcopyski należą do tych wnętrzaków (*Entozooa*) co i tasiemce, albowiem nie posiadają jak i one ani pyska ani téż przewodu pokarmowego, a odżywienie odbywa się za pomocą skóry, podobnie jak u roślin.

Świnie pasane po polach ryjąc zjadają pendraki i w ten sposób nabawiają się tych pasorzytów, których szkodliwość nie polega jedynie na wyniszczeniu zwierzęcia macierzystego, lecz przedewszystkiém na wywołaniu zapalenia otrzewny, nie rzadko kończącego się śmiercią zwierzęcia. Mięso pochodzące ze zwierząt dotkniętych zarazą kolcopysków jest do użycia po odrzuceniu jelit, które mogłyby być szkodliwemi, a znajomość téj zarazy, u nas dotychczas nieopisanéj, ma przedewszystkiém wartość ekonomiczną. U człowieka dotąd znajduje się opisany jeden tylko przypadek stwierdzonéj obecności kolcopyska w jelitach człowieka (*Prager Vierteljahr.* z 1859). Natomiast często napotykany bywa kolcopysk olbrzymi oprócz świni u hijeny. Z innych gatunków tego samego rodzaju żyje *Echinorrynchus porrigens* w wielorybie, *E. polymorphus* i *E. proteus* w jelitach ryb żyjących w wodach słodkich, *E. campenalatus* u *Felis onca* a *E. major* u jeża (Leuckart)

Prof. Frisch: **O metodzie Pasteura.**

Prof. Frisch, który był wysłany do Pasteura dla poznania jego metody szczepienia ochronnego wścieklizny i który dalėj w Wiedniu czynił badania, przedstawił Akademii nauk w Wiedniu następujące zdania w tėj sprawie:

1) Jad wścieklizny jest zawarty w postaci najwięcėj zgęszczonėj w ośródkowym systemie nerwowym (mózgu i rdzeniu pacierzowym) zwierzęcia na wściekliznę zdechłego.

2) Małe ilości istoty mózgordzeniowėj wstrzyknięte innym zwierzętom po trepanacyi pod oponę twardą wywolują po okresie utajenia, małym wahaniom ulegającym (14—21 dni), z zupełną pewnością tę samą chorobę. Z tych zwierząt daje się wścieklizna znów dalėj przeszczepić.

3) I po podoponowém zarażeniu zwierząt częściami szpiku rdzeniowego z ludzi zmarłych na wściekliznę zapadają zwierzęta po mniėj lub więcėj równie długim okresie utajenia. Dowodzi to zupełnėj identyczności procesów u ludzi i zwierząt.

4) Skutek po podskórném wstrzyknięciu nie jest tak pewnym a okres wylęgania zdaje się trwać dłużėj niż po podoponowém wstrzyknięciu.

5) Między ilością podskórnie wstrzykniętego jadu a czasem wylęgania zdaje się zachodzić stosunek odwrotny.

6) Przez dalsze następowe podoponowe przeszczepianie jadu wścieklizny tkwiącego w istocie mózgordzeniowėj na króliki nastaje po szeregu generacyj początkowo bardzo nieregularne poźniėj regularne i ciągłe wzrastające skrócenie okresu wylęgania.

7) Jad stały (*Virus fixe*) o 7-mio dniowym okresie utajenia, który Pasteur otrzymał po 40—50 razowém przeszczepieniu, przewyższa jad zwykłėj wścieklizny co do zaraźliwości, gdyż po podoponowém lub podskórnem zaszczepieniu choroba rychlėj wybucha i zwierzęta bez wyjątku zapadają.

8) Okres wylęgania nie daje się już przez dalsze przeszczepiania skrócić poniżėj 7 dni, wyjątkowo tylko zwierzęta już 6-go dnia zapadają a zdarza się téż i opóźnienie tak, że choroba występuje dopiero po 8—10 a nawet 12 dniach. Przenosząc zwykłą wściekliznę już po 2 lub 3 razach osiągnąć można jad, którego okres wylęgania trwa 8—12 dni.

9) Jad stały o 7-mio dniowym okresie wylęgania wytwarza się nie tylko drogą przez Pasteura wskazaną ale czasem nie zależnie od szeregu przeszczepień o wiele wcześniėj.

10) Przez wysuszenie przy ciepłocie 20° C nad potażem żrącym zmniejsza się zaraźliwość kawałków rdzenia pacierzowego z dnia na dzień i zdaje się po 16—14-to dniowym suszeniu zupełnie niknąć.

11) Zwierzęta, którym wstrzyknięto podskórnie w różnym stopniu osłabione jady (różnie długo suszone kawałki rdzenia) bywają ochronione przez słabsze jady od działania silniejszych, jeżeli stopniowo silniejsze jady nie zbyt prędko po sobie następują.

12) Zwierzęta, którym przez 10 dni coraz zaraźliwsze jady podskórnie szczepiono, okazują się wbrew temu, co podaje Pasteur, nie na pewne ochronionemi od zarażenia świeżą zwykłą wścieklizną a wyjątkowo tylko pozostają zdrowemi po podoponowém zarażeniu.

13) Króliki i psy, u których po trepanacyi i podoponowém zarażeniu zwykłą wścieklizną podjęto szczepienia ochronne, zapadły wszystkie i pozdechały, z wyjątkiem jednego, który zaszczepiony w 14 tygodni późniėj powtórnie przez trepanacyję zdechł w 8 dni po zarażeniu.

14) Tym doświadczeniom zarzucił Pasteur, że w nich za powolnie robiono szczepienia ochronne, aczkolwiek robiono je według pierwotnego jego sposobu. Zalecił zatem Pasteur zastosowanie wszelkich jadów w ciągu 24 godzin przez szczepienia co 2 godziny i 2—3 razowe powtórzenie całego szeregu, a nakoniec rozpoczęcie szczepień ochronnych w krótce po zarażeniu, co najwyżėj drugiego dnia. Doświadczenia na psach i królikach w ten sposób czynione nie dały ani jednego pomyślnego wyniku, wszystkie zwierzęta uległy chorobie i po tym silniejszym sposobie zastosowania.

15) Przy doświadczeniach tych okazał się ten dalszy ważny wynik, iż przy rychlém następowaniu po sobie coraz zaraźliwszych jadów nie zawsze z pewnością liczyć można na siłę ochronną słabszych w obec następujących silniejszych.

Z szeregu królików i psów, które służyły jako zwierzęta dla kontroli poprzedniego szeregu doświadczeń, i u których to silniejsze postępowanie bez poprzedniego zarażenia zastosowano, większa część zginęła z wścieklizny.

16) Zwierzęta, które po podskórném zarażeniu zwykłą wścieklizną poddano szczepieniom ochronnym, poginęły z małym wyjątkiem na wściekliznę, nawet gdy okres wylęgania przeciągnął się do 34 dni.

Z tych wyników doświadczeń można wysnuć wniosek, że metoda Pasteura, aby zwierzęta ochronić od wścieklizny, wymaga jeszcze wielu doświadczeń, zanim będzie mogła mieć pretensyję do pewności, oraz że nie było dostatecznėj podstawy do wprowadzenia szczepień ochronnych u ludzi pokąsanych a bliskiém jest przypuszczenie, iż przez same szczepienia ochronne przynajmniėj przy silniejszém postępowaniu, jakie Pasteur od niedawna i u ludzi stosuje, może nastać przeniesienie choroby. *(Berl. Klin. Wochenschrift.* 1887. N. 6.)

Dr. Grabowski.

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 22 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém podkomisyje na poprzednich posiedzeniach wyznaczone zdawały sprawę ze swych czynności. I tak co do mierzenia zmian stanu wody gruntowėj przyjęto w zupełności elaborat inżynijera sanitarnego Świerzyńskiego, według którego ma być urządzonych 5 studzien do obserwacyj codziennych, a 25 do obserwacyj raz na miesiąc. Zarazem postanowiono udać się do Dyrekcyi Obserwatoryjum astronomicznego i do władz wojskowych z prośbą, aby te w poparciu ważności sprawy zechciały w swych gmachach robić równocześnie pomiary, o których mowa. Ze względu na wynikające ztąd koszta, lubo nieznaczne, postanowiono przedłożyć odpowiedni wniosek Radzie miejskiėj, przeprowadzenie zaś pomiarów polecono inż. Świerzyńskiemu. — Co do uznanėj za pilną i konieczną wentylacyję wychodków w szkole św. Scholastyki, przyjęto plan i kosztorys wypracowane przez Dyrekcyję gazowni miejskiėj i przekazano sekcyi ekonomicznėj do wykonania. — W sprawie udziału Krakowa w wystawie higijenicznėj warszawskiėj przyjęto *en bloc* wniosek podkomisyi co do przedmiotów mających się wystawić i uchwalono rzecz tę przedstawić na najbliższém posiędzeniu Rady miejskiėj. — Co do szczepienia ospy, uznała podkomisyja, że jedynie wydanie dla naszego kraju ustawy o przymusowém szczepieniu uwolni nas trwale i radykalnie od epidemij ospy i że w tym celu wypada na ręce deputowanych z Krakowa wnieść odpowiedni memoryjał do Rady państwa. Wniosek ten przyjęto i postanowiono przedłożyć go jak najrychlėj Radzie miejskiėj. — Do komitetu miejscowego Zjazdu higijenicznego w Wiedniu we wrześniu r. b. odbyć się mającego wyznaczono na wniosek prezydenta miasta Drów Paszkowskiego i fizyka miejskiego Dra Buszka. — Z Namiestnictwa nadeszło doniesienie o ponownym wybuchu cholery w północnych Węgrzech i w Osieku w Slawonii. Z wykazów śmiertelności okazuje się, iż obecnie nie ma w mieście żadnėj epidemii i że śmiertelność z chorób zakaźnych wynosiła w styczniu r. b. zaledwie 8·7% wszystkich zmarłych. Miejscowa epidemija tyfusu plamistego w tutejszym kryminale skończyła się

trzema przypadkami śmierci. Przy tėj sposobności uwiadomił r. m. Dr. Domański, że przyrząd dezinfekcyjny systemu Schimmela jest już zamówiony dla Krakowa i najpodobniėj do prawdy oddany zostanie w kwietniu r. b. do użytku publicznego. — Nakoniec wniósł r. m. Dr. Domański, aby z uwagi na to, że budynki, w których się mieszczą krakowskie szkoły średnie a mianowicie gimnazyja, nie odpowiadają najskromniejszym wymaganiom higijenicznym a przez to wpływają szkodliwie na zdrowie tak nauczycieli jak i młodzieży, tudzież ze względu, że kroki w tėj mierze przez miejską deputacyję gimnazyjalną przedsięwzięte okazały się bez skutku, upraszać p. Prezydenta miasta, aby zechciał p. Ministrowi oświaty przy sposobności jego bytności w Krakowie z powodu inauguracyi nowego budynku uniwersyteckiego przedstawić rzecz na miejscu i prosił o uchylenie złego przez wybudowanie osobnych gmachów na pomieszczenie szkół rządowych. Wniosek ten dał powód do ożywionėj dyskusyi, w którėj przytaczano rozmaite szczegóły dowodzące niewłaściwości obecnego pomieszczenia szkół rządowych. Ostatecznie przekazano wniosek, o którym mowa, do ponownego rozpatrzenia się deputacyi gimnazyjalnėj, uznając konieczność, aby p. minister oświaty był o sprawie należycie poinformowany już przed swym przyjazdem do Krakowa. — Nakoniec na wniosek r. m. Dra Pareńskiego postanowiono zbadać niedostatki w jednym z domów przedmiejskich.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35·3. Z błonicy i dławca umarło 1 (3 z. t); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z gruźlicy 14 (11 z. t.); z zapalenia płuc 12 (13 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego i 1 duru osutkowego. W tygodniu od 31 stycznia do 5 lutego umarło z ospy w Berlinie i Hamburgu, Pradze i Wiedniu po 1; w Budapeszcie 18; w Rzymie 19; w Wenecyi i Paryżu po 2; w Warszawie 6; w Petersburgu 9. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Berlinie 7, w Rzymie 8, w Paryżu 16, w Londynie 14, w Petersburgu 13. Z odry umarło w Berlinie 9, w Paryżu 42, w Londynie 48. Z płonicy umarło w Wiedniu 8, w Budapeszcie 6, w Kolonii i Londynie po 11, w Petersburgu 8. Z dławca i błonicy umarło w Warszawie 8, w Petersburgu 19, w Berlinie 28, we Wrocławiu i Monachowie po 7; w Dreźnie 8, w Hamburgu 15, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 11, w Paryżu 8, w Amsterdamie 7, w Kopenhadze 11, w Paryżu 34, w Londynie 22. Z krztuśca umarło w Paryżu 13, w Londynie 40, w Kopenhadze 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 stycznia do 5 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,7; we Lwowie 35,0; w Brodach 43,2; w Drohobyczu 38,4; w Kołomyi 36 4; w Przemyślu 41,6; w Stanisławowie 32,9; w Tarnopolu 23,7; w Tarnowie 30,6; w Czerniowcach 30,3; w Wiedniu 29,7; w Salcburgu 29,3; w Gracu 32,9; w Tryjeście 34,0; w Insbruku 28,3; w Pradze 35,7; w Bernie 34,6; w Olomuńcu 33,3; w Berlinie 20,7; we Wrocławiu 50,4; w Gdańsku 30,7; w Dreźnie 22,9; w Hamburgu 27,0; w Kolonii 30,6; w Lipsku 19,7; w Mnichowie 20,8; w Poznaniu 35,3; w Strasburgu 28,6; w Amsterdamie 22,5; w Brukseli 32,1, w Budapeszcie 34.4; w Chrystyjanii 20,6; w Kopenhadze 25,6; w Londynie 18,4; w Odesie 29,0; w Paryżu 26,9; w Petersburgu 31,8; w Rzymie 27,5; w Stokholmie 21,2; w Wenecyi 33,7.

VIII. Wiadomości bieżące

* **Kraków** d. 24 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. przedstawił prof. Adamkiewicz chorą z rzadkim objawem z zakresu neuropatologii, Dr. Górski miał wykład o przypadku wad utworowych operowanym w klinice tutejszėj a przedstawionym na jedném z poprzednich posiedzeń Towarzystwa, Dr. Trzebitzky okazał kawał jelita resekowany przez siebie przed kilku dniami; prof. Obaliński okazał znacznych rozmiarów włókniaki wraz z macicą wydobyte za pomocą laparo-hysterotomii; w końcu prof. Mikulicz okazał żołądek chorėj, operowanėj z powodu zwężenia odźwiernika według nowėj dotąd nieopisanėj metody.

(*K.*) Uzupełniając wzmiankę o udziale szpitala krakowskiego w Wystawie higijenicznėj warszawskiėj zamieszczoną w poprzednim Nrze, donosimy, że Wydział krajowy reskryptem z dnia 11 lutego b. r. zezwolił komitetowi administracyjnemu tegoż szpitala na wydatek do wysokości 250 złr. dla wzięcia udziału w tėj wystawie, jednakże pod tym wyraźnym warunkiem, ażeby też same przedmioty były także umieszczone na krajowėj wystawie w Krakowie.

(**) Towarzystwo lekarskie chorwackie w Zagrzebiu według sprawozdań odczytanych na główném jego zgromadzeniu, odbytém d. 31 stycznia r. b. liczy członków czynnych 185 i członków honorowych 10. Na 13 posiedzeniach Towarzystwa, oprócz zwykłych wiadomości ustnych o ciekawszych przypadkach klinicznych itp., przedstawiono 20 rozpraw naukowych z zakresu medycyny i chirurgii klinicznėj, epidemijologii i chorób zakaźnych, medycyny sądowėj, higijeny społecznėj i balneologii krajowėj Z tych najważniejszemi według swėj treści były: Dra Nemiczycza o wściekliźnie, Dra Subboticza zapiski chirurgiczne z walki serbsko-bułgarskiėj, Dra Struppiego o wymiotowaniu uporczywém u niewiast ciężarnych itp. Świadczy to o wcale dojrzałėj i wszechstronnėj czynności tego Towarzystwa. Stan finansowy tegoż jest równie pomyślnym, albowiem fundusz zapasowy Towarzystwa wynosi 3103 złr., a przychód roczny stały 925 złr., który był obrócony całkowicie na wydawnictwo czasopisma miesięcznego, *Ljecznicki Vjestnik.* Obok swych zadań naukowych Towarzystwo to zajmuje się bardzo czynnie interesami materyjalnemi stanu lekarskiego w swoim kraju, uchwaliwszy na témże zgromadzeniu na wniosek Dra Rakowaca utworzenie kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy oraz dla wdów i sierót po lekarzach, a na fundusz zakładowy tėj kasy przeznaczyło 2000 złr. ze swego kapitału zapasowego, do których 400 złr. dołączyli czterėj obecni członkowie. Oprócz tego przyjęto do wiadomości i przyszłėj uchwały wniosek Dra Peiczycza o utworzeniu kasy emerytalnėj dla lekarzy i ich wdów i sierot. Wniosek ten w całėj osnowie podany w tymże Nrze *L. V.* zdaje się być doskonale obmyślanym i wielce praktycznym, wykazuje oczywistą korzyść nad zwykłą asekuracyję w Towarz. asekuracyjnych: zasadza się na tém, że 300 lekarzy krajowych, wnosząc od razu po 25 złr., a potém miesięcznie płacąc po 2 złr., złożyłoby się (łącznie z 2500 złr. obecnego funduszu kasy wsparcia) po 5 latach na sumę 50.000, tak iż z tego mogłoby 10 wdów otrzymywać po 200 złr. pensyi. Po 12 latach kapitał urósłby do 100 tysięcy i zasilany corocznym przychodem 7200 złr. dawałby po 12.200 złr. rocznie na pensyje dla 40 wdów po 300 złr.

* **Paryż**. Akademija przyznała nagrodę 1000 franków za prace matematyczne niejakiemu Barbier, który od lat wielu umieszczony jest w zakładzie dla obłąkanych, a mimo to od czasu do czasu rozwiązuje piękne zagadnienia matematyczne.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Osieroconą w skutek śmierci Schrödera katedrę położnictwa ma otrzymać prof. Olshausen w Hali; tymczasem pełni obowiązki profesora docent prywatny i asystent Hofmeier. — **Giessen.** Docent Steinbrügge mianowany został nadzw. profesorem otyjatryi. — **Gryfija.** Docent prywatny Peiper otrzymał polecenie wyłożenia w półroczu letniém kursu o szczepieniu. — **Praga czeska.** W miejsce prof. Bandla, który dla słabości prosił o uwolnienie od obowiązków, mianowany został prof. insbrucki Dr. Fryd. Schauta profesorem położnictwa w wydziale lek. niemieckim.— **Graz.** Prof. chemii Pebal zamordowany został przez służącego, którego odprawił. — **Berno.** Dr. Speyr habilitował się jako docent psychijatryi. — **Zurych.** Urządzony tu zostaje zakład higijeniczny, którego kierownictwo obejmuje prof. Oskar Wyss.

* **Mianowania.** Dr. Hilary Schramm mianowany został operatorem w szpitalu św. Zofii a Dr. Wiczkowski chemikiem w szpitalu powszechnym we Lwowie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Wiedeńskim pp. Antoni Augustynowicz Roszko z Kossowa i Stanisław Kotłowski z Wesoły w Galicyi.

Dr. Władysław Białkowski mianowany został sekundaryjuszem w szpitalu powszechnym w Jaśle.

* **Nekrologija.** W St. Remo umarł Magni, prof. okulistyki i senator włoski w 59 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 8: Meyersona: Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych. — W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 8: Zweigbauma: Przypadek owrzodzenia gruźliczego sromu, pochwy i części pochwowéj macicy; Nenckiego i Fabiana: O przetworach z mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze (c. d.); Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Wiestnik kliniczeskoj i sudebnoj psychiatryi i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakcyjei Prof. Mierzejewskiego. God. 4ty, wypusk 2gi z 9 rysunkami w tekstie. Petersburg 1887, in 8vo str. 288.

Prof. J. HLAVA: O úplavici. Předběžné sdělení. Odbitka z Czasop. lek. czesk.) V Praze 1887, in 8vo str. 8.

Piśmiennictwo lekarskie.

CARL. Herzog, Beitr. zur patol. Anatomie des Auges bei Nierenleiden. M. 12 Abb. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 5.

CHAVASSE. Nouveaux éléments de petite chirurgie. Av 525 fig. 18 Paris, Doin. Fr. 9.

COURRENT P., Etude histologique et clinique du sarcome des os. Av. 3 pls. col. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 4.

DEMANGE E. Etude clin. et anat.-pathol. sur la vieillesse. Av. 6 pls. 8. Paris, Alcan. Fr. 4.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. St. Z. w Krakowie. Masz Pan zupełną słuszność, bo mięsienie *m. quadrati femoris* po złamaniach rzepki byłoby nonsensem; rzecz oczywista, że w Nrze 5 Przeglądu Lek. na str. 80, w. 22 i 51 zamiast *quadratus femoris* powinno być *quadriceps femoris*.

Szan Zarządowi Wystawy higijenicznéj w Warszawie. Program wystawy umieściliśmy dosłownie w Nrze 51 z r. 1886; regulaminu dla braku miejsca umieścić nie możemy, ale gotowi jesteśmy dołączyć go do jednego z Numerów, jeżeli otrzymamy dostateczną ilość egzemplarzy.

We środę dnia 9 marca odbędzie się w Sali posiedzeń Akademii Umiejętności o godz. 5éj po poł. Zgromadzenie ogólne XI Członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, na którém Zarząd Wydawnictwa złoży sprawozdanie z r. 1886 i na którém dokonane zostaną wybory zarządu na następne dwulecie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.